



# SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

## BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 180 JUNIO 2020.

Editado por la Secretaría General del Sescam.

ISSN 2445-3994

[asesoria.juridica@sescam.jccm.es](mailto:asesoria.juridica@sescam.jccm.es)

---

### EQUIPO EDITORIAL:

**D. Vicente Lomas Hernández.**

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

**D. Alberto Cuadrado Gómez.**

Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

*AVISO LEGAL. Se autoriza de manera genérica el acceso a su contenido, así como su tratamiento y explotación, sin finalidad comercial alguna y sin modificarlo. Su reproducción, difusión o divulgación deberá efectuarse citando la fuente.*

# SUMARIO:

## **-DERECHO SANITARIO-**

### **1.-LEGISLACIÓN.**

I.-LEGISLACIÓN ESTATAL: 2

II.-LEGISLACIÓN AUTONÓMICA: 3

### **2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:**

- LOS PLANES DE LAS CCAA: LAS MEDIDAS APLICABLES A LOS CENTROS SANITARIOS EN LA “NUEVA NORMALIDAD COVID-19”. 9

### **3.- SENTENCIAS PARA DEBATE:**

- EL DECRETO 512/2015, DE 29 DE DICIEMBRE, DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS RESIDENCIALES DE ANDALUCÍA Y LA CONTROVERSIAS SOBRE EL ALCANCE DE LA COMPETENCIA AUTONÓMICA EN MATERIA DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA. LA SENTENCIA DE LA SALA TERCERA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 12 DE JUNIO DE 2020 (RECURSO DE CASACIÓN 3339/2018). 16

### **4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.**

27

### **5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.**

46

## **-NOTICIAS-**

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de Junio de 2020 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética. 47

## **-BIOÉTICA y SANIDAD-**

### **1.- CUESTIONES DE INTERÉS.**

48

### **2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.**

51

# **-DERECHO SANITARIO-**

## **1-LEGISLACIÓN**

### **I. LEGISLACIÓN ESTATAL.**

(Selección de las disposiciones normativas con mayor impacto en el ámbito sanitario).

La relación completa de disposiciones normativas estatales y autonómicas aprobadas en relación con el COVID19 puede consultarse en el siguiente enlace:

[https://boe.es/biblioteca\\_juridica/codigos/codigo.php?modo=2&id=355\\_Crisis\\_Sanitaria\\_COVID-19](https://boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?modo=2&id=355_Crisis_Sanitaria_COVID-19)

- Real Decreto-ley 22/2020, de 16 de junio, por el que se regula la creación del Fondo COVID-19 y se establecen las reglas relativas a su distribución y libramiento.

[boe.es](https://boe.es)

- Real Decreto 586/2020, de 23 de junio, relativo a la información obligatoria en caso de emergencia nuclear o radiológica.

[boe.es](https://boe.es)

- Resolución de 25 de mayo de 2020, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica Convenio entre la Organización Nacional de Trasplantes, la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia y el Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular, para la colaboración técnica, científica y docente en el ámbito de la donación y el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

[boe.es](https://boe.es)

- Resolución de 19 de junio de 2020, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se establece el listado de los medicamentos considerados esenciales en la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19.1 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

[boe.es](https://boe.es)

- Resolución de 8 de junio de 2020, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio con la Fundación Bancaria la Caixa, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, el Consejo General de la Psicología, el Consejo General de Enfermería y la Fundación Galatea, para dar a conocer un servicio telemático de apoyo psicológico para los profesionales de la salud en situación de sufrimiento emocional afectados por la situación de COVID-19.

[boe.es](http://boe.es)

## **II. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.**

(Selección de disposiciones normativas autonómicas más relevantes o con mayor impacto en el ámbito sanitario)

La relación completa de disposiciones normativas estatales y autonómicas aprobadas en relación con el COVID19 puede consultarse en el siguiente enlace:

[https://boe.es/biblioteca\\_juridica/codigos/codigo.php?modo=2&id=355\\_Crisis\\_Sanitaria\\_COVID-19](https://boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?modo=2&id=355_Crisis_Sanitaria_COVID-19)

### **CASTILLA-LA MANCHA.**

- Decreto 24/2020, de 19 de junio, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.

[docm.es](http://docm.es)

- Resolución de 05/06/2020, de la Dirección General de Autónomos, Trabajo y Economía Social, por la que se acepta el depósito y se dispone la publicación del acuerdo de modificación del Pacto sobre Selección de Personal Temporal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

[docm.es](http://docm.es)

- Resolución de 19/06/2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen los requisitos para realización de visitas en centros sociales especializados y centros sociosanitarios residenciales, una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, con el fin de adaptarlas a la evolución de la crisis sanitaria del SARS-CoV-2 en Castilla-La Mancha.

[docm.es](http://docm.es)

- Resolución de 26 de junio de 2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen los requisitos para nuevos ingresos y salidas definitivas en centros sociales y sociosanitarios de carácter residencial una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, con el fin de adaptarlas a la evolución de la crisis sanitaria del SARS-CoV-2 en Castilla-La Mancha.

[docm.es](http://docm.es)

## **EXTREMADURA**

- Orden de 26 de mayo de 2020 por la que se aprueba la segunda convocatoria del Plan de Formación para el año 2020 de la Escuela de Administración Pública de Extremadura.

[doe.es](#)

- Resolución de 2 de junio de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 3 de marzo de 2020, por el que se establece el régimen económico de los medicamentos huérfanos, al amparo de la previsión del artículo 3.3 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

[doe.es](#)

- Resolución de 2 de junio de 2020, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la publicación del “Pacto de 13 de febrero de 2020 que modifica el Pacto de 17 de enero de 2013 por el que se regulan los procedimientos de selección de personal temporal y provisión de plazas con carácter temporal en los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos dependientes del Servicio Extremeño de Salud”.

[doe.es](#)

## **GALICIA**

- Acuerdo de 26 de mayo de 2020 por el que se modifica el Acuerdo de 27 de marzo de 2020 por el que se adoptan medidas relativas al control de la distribución y dispensación de especialidades con cloroquina e hidroxicloroquina.

[dog.es](#)

- Resolución de 12 de junio de 2020, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, por la que se da publicidad del Acuerdo del Consello de la Xunta, de 12 de junio de 2020, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.

[dog.es](#)

## MADRID

- Resolución de 27 de mayo de 2020, de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, por la que se establecen directrices para la realización de estudios de seroprevalencia.

[bocm.es](http://bocm.es)

## MURCIA

- Resolución del Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la Instrucción 1/2020, sobre elaboración de Planes de Acción del Servicio Murciano de Salud para la implementación de las recomendaciones de los órganos de control.

[borm.es](http://borm.es)

- Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que modifica la Resolución de 15 de marzo de 2013, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, sobre las condiciones económicas aplicables a las prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria en el ámbito de la Región de Murcia.

[borm.es](http://borm.es)

- Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se crea la Comisión Regional de Lactancia Materna.

[borm.es](http://borm.es)

- Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Administración de dicho organismo, por el que se aprueba la Política de Gestión de Riesgos no sanitarios, ni asistenciales ni en materia de prevención de riesgos laborales del Servicio Murciano de Salud (PGR-NSAL).

[borm.es](http://borm.es)

- Resolución de 28 de mayo de 2020, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se da publicidad al convenio de colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia para el tratamiento con opiáceos de personas dependientes de los mismos a través de las oficinas de farmacia.

[borm.es](http://borm.es)

## CANARIAS

- Secretaría General Técnica.- Resolución de 26 de marzo de 2020, por la que se crea el sello electrónico de esta Consejería.

[boc.es](http://boc.es)

## CATALUÑA

- Decreto Ley 26/2020, de 23 de junio, de medidas extraordinarias en materia sanitaria y administrativa.

[dogc.es](http://dogc.es)

- Orden SLT/71/2020, de 2 de junio, por la que se regulan los supuestos y conceptos facturables y se aprueban los precios públicos correspondientes a los servicios que presta el Instituto Catalán de la Salud.

[dogc.es](http://dogc.es)

- Orden SLT/91/2020, de 17 de junio, por la que se determinan para el año 2020 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

[dogc.es](http://dogc.es)

- Orden SLT/94/2020, de 17 de junio, por la que se establecen las tarifas máximas para el año 2020 de los servicios de atención integral a la acondroplasia, otras displasias y trastornos del crecimiento que contrate el Servicio Catalán de la Salud.

[dogc.es](http://dogc.es)

## VALENCIA

- Orden 2/2020, de 2 de junio, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueban los baremos de méritos de aplicación a la fase de concurso de los procesos selectivos, a la provisión a través de los concursos de traslados y a los procesos de movilidad interna, de plazas de personal estatutario al servicio de instituciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud.

[dogv.es](http://dogv.es)

- Resolución de 20 de junio de 2020, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, de adopción de medidas relativas a centros de servicios sociales de carácter residencial ante la situación sanitaria ocasionada por la Covid-19, en el ámbito de la Comunitat Valenciana.

[dogv.es](http://dogv.es)

## **ISLAS BALEARES**

- Acuerdo del Consejo de Gobierno de 12 de junio de 2020 por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 8 de mayo de 2020 relativo a la concesión de permisos, licencias, vacaciones y reducciones de jornada para facilitar el retorno a la normalidad en la gestión de los recursos humanos en el ámbito del Servicio de Salud de las Islas Baleares tras superar una nueva fase de la desescalada en la crisis sanitaria de la COVID-19. (BOIB 107/2020 de 13 de Junio de 2020).

[boib.es](http://boib.es)

## **ANDALUCÍA**

- Decreto 81/2020, de 9 de junio, por el que se regula el procedimiento de acreditación del personal de enfermería para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.

[boja.es](http://boja.es)

- Orden de 17 de junio de 2020, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.

[boja.es](http://boja.es)

## **CANTABRIA**

- Resolución por la que se establecen las medidas sanitarias aplicables en la Comunidad Autónoma de Cantabria durante el período de nueva normalidad.

[boc.es](http://boc.es)

## **PAÍS VASCO**

- Orden de 18 de junio de 2020, de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad.

[bopv.es](http://bopv.es)

## **ARAGÓN**

- Orden SAN/481/2020, de 23 de junio, por la que se adoptan medidas especiales en materia de salud pública para la contención del brote epidémico de la pandemia COVID-19 en la Comarca de Bajo Aragón-Caspe/Baix Aragó-Casp.

[boa.es](http://boa.es)

## **LA RIOJA**

- Resolución de 18 de junio de 2020, de la Presidencia del Servicio Riojano de Salud, por la que se aprueba la segunda prórroga de la vigencia del Quinto Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud (2017-2019) y de las normas establecidas en materia de jubilación forzosa.

[bor.es](http://bor.es)

- Resolución de 26 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, sobre medidas de prevención, control y tratamiento de la infección por coronavirus (COVID-19).

[bor.es](http://bor.es)

## 2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- **LOS PLANES DE LAS CCAA: LAS MEDIDAS APLICABLES A LOS CENTROS SANITARIOS EN LA “NUEVA NORMALIDAD COVID-19”.**

Vicente Lomas Hernández  
Doctor en Derecho.  
Licenciado en CC. Políticas.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

PRIMERO.- El fin del estado de alarma ha desembocado en el alumbramiento de una multiplicidad de planes de desescalada a nivel autonómico para afrontar con seguridad los riesgos inherentes a la nueva situación surgida tras el desconfinamiento de la población.

La hoja de ruta a seguir viene fijada por el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, que obliga a las CCAA a garantizar la suficiente disponibilidad de profesionales sanitarios con capacidad de reorganización de acuerdo con las prioridades en cada momento. En particular, les impone el deber de garantizar un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad, su diagnóstico temprano, la atención a los casos y la vigilancia epidemiológica.

Junto a este deber de las CCAA dotarse de recursos humanos suficientes, las Administraciones sanitarias deben cumplir con las obligaciones de información establecidas por el Ministerio de Sanidad, así como aprobar planes de contingencia, tanto a nivel regional para garantizar la debida coordinación y capacidad de respuesta entre los servicios de Salud Pública, atención primaria y atención hospitalaria, como a nivel de centros sanitarios. En relación con estos últimos, los centros de atención primaria y hospitalarios, de titularidad pública o privada, deben garantizar la capacidad para responder ante incrementos importantes y rápidos de la transmisión y el consiguiente aumento en el número de casos. Para ello, se debe disponer, o tener acceso o capacidad de instalar en el plazo preciso los recursos necesarios para responder a incrementos rápidos de casos en base a las necesidades observadas durante la fase epidémica de la enfermedad.

El Real Decreto Ley modifica dos importantes textos legales: la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Respecto al primero, en relación con el cumplimiento de las obligaciones en materia de información, se ha incluido un nuevo artículo 65 bis sobre “Aportación de información al Ministerio de Sanidad en situaciones de emergencia para la salud pública”. Conforme a dicho precepto, en tales circunstancias se debe aportar con carácter inmediato al Ministerio de Sanidad la información epidemiológica y la relativa a la capacidad asistencial que se requiera y la identificación de las personas responsables de la misma, así como las medidas de prevención, control y contención adoptadas por las comunidades autónomas y las entidades locales comprendidas en su ámbito territorial,

en los términos que se establezcan por el Ministerio de Sanidad. Cuando se trate de las entidades locales, dicha información será recabada por el órgano competente en materia de salud pública de la correspondiente comunidad autónoma, que deberá transmitirla al Ministerio de Sanidad.

En cuanto al TRLGURM, se modifica el art. 94.3, para añadir que *“El procedimiento para la fijación del importe máximo de venta al público será acordado en el seno de la citada Comisión”*.

SEGUNDO.- En este marco la mayoría de los planes autonómicos aprobados responden a un mismo esquema, distinguiendo a tal efecto entre medidas aplicables a los centros sanitarios, sean públicos o privados, y medidas referidas a los centros de servicios sociales. Dichos planes hacen recaer sobre los centros sanitarios la adopción de medidas organizativas, de prevención e higiene necesarias tanto de su personal trabajador como de los pacientes, así como las medidas necesarias para garantizar la protección de la seguridad y salud de su personal trabajador, la limpieza y desinfección de las áreas utilizadas, la eliminación de residuos y el mantenimiento adecuado de los equipos e instalaciones, todo ello en línea con lo establecido en el art. 8 del RD-Ley 21/2020.

En este sentido se pronuncian la mayoría de los planes autonómicos:

- a) Acuerdo del Gobierno de Navarra, de 19 de junio de 2020, por el que se declara la entrada de la Comunidad Foral de Navarra a la nueva normalidad y se dictan medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Dicho Acuerdo, en cambio, detalla de forma más amplia y pormenorizada las medidas aplicables en los centros de servicios sociales.
- b) Decreto nº 116 de fecha 19 de junio de 2020, relativo a medidas sanitarias aplicables en el territorio de la Ciudad Autónoma de Melilla durante el período de "nueva normalidad", desde las 00:00 horas del día 21 de junio de 2020.
- c) Resolución de 20 de junio de 2020, del Vicepresidente Segundo y Consejero, por la que se ordena la publicación en el Diario Oficial de Extremadura del Acuerdo de 19 de junio de 2020, del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura por el que se establecen las medidas básicas de prevención en materia de salud pública aplicables en Extremadura tras la superación de la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, en el marco de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 .

Todos los centros contarán con planes internos para hacer frente a la gestión de situaciones de emergencia relacionadas con la COVID-19. Igualmente, en los planes de contingencia se contemplarán los aumentos de capacidades del sistema sanitario en caso de necesidad por incremento importante de casos sobre la base de las necesidades detectadas durante la fase epidémica de la enfermedad, incorporando en los mismos las actuaciones necesarias para garantizar la vuelta a la normalidad.

- d) Orden SAN/474/2020, de 19 de junio, por la que se adoptan medidas de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia COVID19 en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- e) Cantabria. Resolución por la que se establecen las medidas sanitarias aplicables en la Comunidad Autónoma de Cantabria durante el período de nueva normalidad.
- f) Madrid. Orden 668/2020, de 19 de junio, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez finalizada la prórroga del estado de alarma establecida por el Real Decreto 555/2020, de 5 de junio.
- g) Acuerdo 29/2020, de 19 de junio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de Medidas de Prevención y Control para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, en la Comunidad de Castilla y León (BOCYL de 20 de junio de 2020
- h) Orden de 18 de junio de 2020, de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad. PAIS VASCO
- i) Resolución de 20 de junio de 2020, de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno, de 20 de junio de 2020, por el que se adoptan las medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, tras la superación de la fase 3 del plan para la transición hacia una nueva normalidad.
- j) Castilla-La Mancha. Decreto 24/2020, de 19 de junio, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad

TERCERO.- Habría un segundo grupo de CCAA con planes de desescalada distintos de los anteriores en los que se recogen de forma algo más detallada las medidas aplicables en los centros sanitarios, como es el caso de:

1. Baleares.

La CA de Baleares, mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno de 19 de junio de 2020 por el que se aprueba el Plan de Medidas Excepcionales de Prevención, Contención y Coordinación para Hacer frente a la Crisis Sanitaria Ocasionada por la COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad, procede a la creación de un “Comité de Alerta de Seguimiento de la COVID-19 en las Illes Balears (CASCOIB), como órgano de asesoramiento y consulta”.

Dicho comité se configura como el órgano encargado de asesorar a la presidenta y al Gobierno de las Illes Balears sobre la evolución epidemiológica de la COVID-19 en las Illes Balears y sobre las actuaciones a desarrollar para proteger a la población. Este órgano queda adscrito a la Presidencia del Gobierno y no ejerce, en ningún caso, funciones de gestión o de representación.

Dicho plan prevé dos tipos de medidas sanitarias, las relativas a la gestión en materia farmacéutica, y de otra, medidas específicas del Servicio de Salud.

Respecto de las primeras se contempla el establecimiento de medidas oportunas para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial, garantizando la óptima atención en la entrega de los medicamentos a centros sanitarios o a establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, en su caso, o a su propio domicilio.

En estos casos, dicho plan prevé que el suministro de los medicamentos hasta el lugar de destino, así como el seguimiento fármaco-terapéutico, es responsabilidad del servicio de farmacia dispensador. El transporte y la entrega del medicamento se tienen que hacer de forma que se asegure que no sufre ninguna alteración ni reducción de su calidad.

En realidad se trata de una adaptación de la disposición adicional sexta del Real Decreto Ley 21/2020.

Finalmente destaca la medida dirigida a permitir que las empresas de la CA puedan obtener de la AEPMS una licencia excepcional previa de funcionamiento de instalaciones o de una modificación temporal de la licencia previa de funcionamiento de instalaciones existente, para la fabricación de mascarillas quirúrgicas y batas quirúrgicas en la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, todo ello conforme a lo previsto en el art 20 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio.

Por lo que respecta a las medidas relativas en el Servicio de Salud de las Illes Balears, se distingue entre medidas de higiene y prevención, y medidas organizativas. Entre las medidas organizativas cabe destacar las siguientes:

- La reorganización de la atención primaria con consultas específicas de atención respiratoria y triaje telefónico, con circuitos diferenciados. Este doble circuito también se debe mantener en las áreas de urgencias.
- Hay que procurar la recuperación, en la medida que se pueda, de la actividad asistencial habitual.
- Se deben mantener activos los planes de contingencia que permitan devolver a la situación de respuesta a la crisis en un plazo máximo de dos o tres días.
- Se deben que mantener las consultas telefónicas o telemáticas.

## 2. Murcia.

En la CA de Murcia, la **Resolución de 19 de junio de 2020, de la Secretaría General de la Consejería de Presidencia y Hacienda por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del Acuerdo del Consejo de Gobierno, relativo a las medidas de prevención y contención aplicables en la Región de Murcia para afrontar la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, tras la finalización del estado de alarma y para la fase de reactivación, distingue entre:**

- a) **Medidas de carácter informativo para dar cumplimiento a la obligación de remitir al Ministerio de Sanidad la información sobre la situación de la capacidad asistencial y de necesidades de recursos humanos y materiales.**
- b) Comunicación de datos por los laboratorios.
- c) Habilitación de espacios y alojamientos para atender necesidades sanitarias.
- d) Utilización de medios y recursos sanitarios de centros y establecimientos sanitarios privados.
- e) Medidas relativas a medicamentos y establecimientos farmacéuticos

Al igual que la CA de Baleares, la CA de Murcia prevé que se pueda establecer las medidas oportunas para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial.

## 3. Andalucía.

Dentro de este grupo la CA de Andalucía ha sido otra de las CCAA en incluir medidas más detalladas para su aplicación en el sector sanitario (**Orden de 19 de junio de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), una vez superado el estado de alarma**), entre las que destaca la implantación de la telemedicina para las distintas especialidades que puedan soportar esta práctica, de cara a disminuir la alta frecuentación, la potenciación de la actividad de cirugía ambulatoria con la finalidad de liberar posibles incrementos de demanda en las plantas de hospitalización, las consultas en “acto único” para disminuir el número de visitas de los pacientes al hospital, y la consulta telefónica en los centros de atención primaria para evitar desplazamientos de población susceptible de riesgo.

Otras medidas adoptadas son:

- a) Centralización de las compras desde el SAS a centros y servicios sociosanitarios y a toda la Administración de la Junta de Andalucía exclusivamente en aquellos casos en que haya desabastecimiento.

- b) Suspensión de las las garantías de plazo de respuesta recogidas en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- c) Reanudación de las visitas de los informadores técnicos sanitarios a los centros sanitarios, que tendrán que habilitar un espacio específico cercano a la salida para las reuniones, con cita previa.
- d) Acompañamiento de pacientes: sólo se autorizará a una persona por cada paciente, mediante acreditación del centro sanitario.

En materia de gestión de residuos sanitarios, la gestión de los residuos en contacto con COVID-19 procedentes de hospitales, ambulancias, centros de salud, laboratorios, o de establecimientos similares, así como la de aquellos derivados de la desinfección de instalaciones, se establece el protocolo a seguir.

#### 4. Ceuta.

El Decreto del Consejero de Sanidad, Consumo y Gobernación de la Ciudad de Ceuta, de fecha 25 de junio de 2020, por el que se establecen medidas para la prevención y contención de la COVID-19 en la Nueva Normalidad, establece que las salas de espera deberán permanecer con el mínimo número de pacientes, evitando en lo posible que acudan con acompañantes, y en el caso de tratarse de más de un paciente se deberá guardar la distancia de seguridad entre ellos, mínima de dos metros.

Al igual que Andalucía o Baleares, apuesta por el recurso a la consulta telefónica, para evitar desplazamientos en el caso de la población susceptible de riesgo, e incluye una serie de medidas adicionales de carácter preventivo:

- a) Permanencia en sus domicilios de pacientes que estén aquejados de una sintomatología respiratoria.
- b) En las salas de espera y a la entrada de la consulta y deben estar disponibles carteles informativos sobre higiene de manos, higiene respiratoria y manejo de la tos.
- c) Disponer en estas zonas de dispensadores con preparados de base alcohólica, pañuelos desechables y contenedores de residuos, con tapa de apertura de pedal, para la higiene de manos e higiene respiratoria.
- d) Disponer en las zonas de espera de pañuelos desechables y contenedores de residuos con tapa de apertura con pedal para su eliminación.
- e) Establecer dentro del centro sanitario si es posible, circuitos diferenciados de visitas y profesionales.
- f) Colocar alertas visuales en la entrada al centro para advertir a los visitantes que no accedan al mismo si están enfermos o tienen clínica respiratoria.
- g) La higiene de manos deberá hacerse antes y después del contacto con el paciente , y del entorno del paciente , así como antes de realizar una técnica aséptica; o después del contacto con fluidos biológicos.

- h) Si las manos están visiblemente limpias la higiene de manos se hará con productos de base alcohólica; si estuvieran sucias o manchadas con fluidos se hará con agua y jabón antiséptico.
- i) Se debe colocar una mascarilla quirúrgica durante el contacto con pacientes que presentan clínica respiratoria (no sospechosa de coronavirus) y antes de la atención de un paciente con síntomas respiratorios se le invitará a que se coloque una mascarilla tipo quirúrgica - Si la especialidad pueda incluir o incluye necesariamente exploración o procedimiento sobre la vía aérea, con riesgo de generar aerosoles, como en el caso de Odontología, se deben tomar las siguientes medidas de protección: una mascarilla autofiltrante ffp2 o preferiblemente ffp3; protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo; guantes de protección; batas de protección, y seguir las recomendaciones de la Organización Colegial de Dentistas y del Ministerio de Sanidad y Ministerio de Trabajo "Directrices de buenas prácticas en las clínicas dentales".

### **3.- SENTENCIA PARA DEBATE**

- **EL DECRETO 512/2015, DE 29 DE DICIEMBRE, DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS RESIDENCIALES DE ANDALUCÍA Y LA CONTROVERSI SOBRE EL ALCANCE DE LA COMPETENCIA AUTONÓMICA EN MATERIA DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA. LA SENTENCIA DE LA SALA TERCERA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 12 DE JUNIO DE 2020 (RECURSO DE CASACIÓN 3339/2018).**

José Antonio Díaz Regodón.  
Letrado de Administración Sanitaria.  
Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud.

#### **1. INTRODUCCIÓN.**

La reciente Sentencia de 12 de junio de 2020, de la Sección Cuarta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo ha venido a estimar los recursos de casación formulados por la representación procesal del Servicio Andaluz de Salud y de la Junta de Andalucía contra la Sentencia de la Sección 1ª la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Granada de 22 de febrero de 2018 (recursos contencioso administrativos 232 y 494/2016).

De tal manera, el Tribunal Supremo ha fijado como doctrina que la competencia autonómica sobre ordenación farmacéutica incluye el establecimiento de las condiciones de prescripción, dispensación y suministro de los medicamentos y de los productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica, en los centros socio sanitarios residenciales en los términos regulados en el Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios.

A propósito de esta Sentencia del Tribunal Supremo realizaremos un comentario acerca del citado Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía, y acerca de la controversia suscitada en el seno de los recursos contenciosos administrativos 232 y 494/2016 seguidos ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Contencioso Administrativo con sede en Granada, y del recurso de casación 3339/2018, que ha resuelto el Tribunal Supremo mediante la publicación de la referida Sentencia de 12 de junio de 2020.

#### **2. ANTECEDENTES NORMATIVOS Y DECRETO 512/2015.**

Los centros sociosanitarios residenciales han alcanzado en los últimos meses un triste protagonismo con ocasión de la pandemia que nos asola. Se trata de centros de alojamiento y convivencia que cumplen funciones sustitutorias del hogar familiar para determinados colectivos especialmente vulnerables, tales como personas en situación de dependencia, mayores, personas con discapacidad, personas con problemas de adicciones y cualesquiera otras personas cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales, determinada asistencia sanitaria.

Pese a las deficiencias y carencias de la normativa actual, que la pandemia de la COVID 19 ha puesto de manifiesto, la preocupación por adecuar la regulación de las prestaciones sanitarias, y en concreto la prestación farmacéutica, a las peculiaridades de los Centros sociosanitarios residenciales y a los colectivos vulnerables que residen en éstos no es nueva.

Así, en desarrollo de principios constitucionales fundamentales como los recogidos en los arts 41 (establecimiento de un régimen público de Seguridad Social), 43 (derecho a la protección de salud), 49 (atención a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos), ó 50 (atención a los ciudadanos durante la tercera edad), el art. 8 bis de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ha venido a regular la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública. Añadiendo su apartado 2º que la prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.

Asimismo, en el art. 6 del Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, se han establecido Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos, entre las que se incluyen el obligatorio establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio en los centros de asistencia social que tuvieran cien camas o más en régimen de asistidos y el establecimiento, en el resto de los casos, de depósitos de medicamentos para los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica.

Ya en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, el reconocimiento del derecho a la prestación farmacéutica mediante las estructuras y dispositivos necesarios que reglamentariamente se establezcan aparecía ya reconocido en la Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, y en la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía.

Sobre esta materia, el art. 55 de la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, prevé establecer reglamentariamente los criterios para la obligatoriedad de que los centros sociosanitarios residenciales cuenten con un servicio farmacéutico, así como el régimen de vinculación que ha de regir para los depósitos de medicamentos, con los que deben contar aquellos centros sociosanitarios que no estén obligados a disponer de aquel. En dicho artículo se hace referencia también a los mecanismos de coordinación, acuerdo o convenio según proceda, tanto para los centros sociosanitarios de carácter público como privado respectivamente, para hacer efectiva la prestación farmacéutica a que tengan derecho las personas residentes en dichos centros.

Con este marco normativo, y dentro del ámbito de las competencias autonómicas en materia de sanidad y servicios sociales, se dicta el Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía (BOJA nº2, de 5 de enero de 2016).

La citada norma supone un innegable avance en la mejora de la gestión de la prestación farmacéutica a las personas residentes en los Centros sociosanitarios residenciales de Andalucía con derecho a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.<sup>1</sup>

No obstante, también se trata de una norma que se enmarca, temporalmente, dentro del conjunto de normas dictadas por las Administraciones sanitarias para racionalizar el uso de los medicamentos y productos sanitarios. La preocupación por un uso eficiente de los recursos públicos es innegable en el Decreto andaluz, más si cabe al tratarse de una prestación cubierta de forma completa por financiación pública.

Por otra parte, es destacable el esfuerzo por introducir criterios de publicidad y transparencia en las relaciones entre las oficinas de farmacia y los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía, mediante la regulación de un procedimiento de libre concurrencia para la selección de las oficinas de farmacia a las que quedarán vinculados los centros sociosanitarios residenciales de cincuenta o menos camas. En buena medida, la hostilidad con la que algunas oficinas de farmacia han acogido la norma puede encontrar explicación en este procedimiento público y transparente.

### **3. PLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN. LA SENTENCIA DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA CON SEDE EN GRANADA DE 22 DE FEBRERO DE 2018.**

Como acabamos de adelantar, en desarrollo de los preceptos antes mencionados se dictó el Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, para organizar el modelo de gestión de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía.<sup>2</sup>

Como también hemos anticipado, la norma se dictó al amparo de los títulos competenciales contenidos en los apartados 1º y 2º del art. 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, que atribuyen a la Comunidad Autónoma, en el marco del artículo 149.1.16ª CE, competencia en materia de ordenación farmacéutica, así como competencia compartida en materia de sanidad interior y en particular, sin perjuicio de

---

<sup>1</sup> Así, entre otras medidas, se establece: la exigencia, en los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios de cien o más camas, de la presencia física de una persona responsable especialista en farmacia hospitalaria; la regulación de los ratios de dedicación del personal de los servicios de farmacia de los hospitales del SAS a los que se vinculen los depósitos de medicamentos de los centros residenciales de más de cincuenta camas; la valoración de la mejor atención farmacéutica y la mayor eficiencia en las convocatorias para la selección de las oficinas de farmacia a las que han de quedar vinculadas los centros sociosanitarios de cincuenta o menos camas; la previsión de que estos depósitos de medicamentos desarrollarán su actividad bajo la responsabilidad directa de una persona farmacéutica de la oficina de farmacia a la que estén vinculados, asistido por el personal técnico necesario y la regulación de los ratios de dedicación por cama y mes; la regulación detallada de los procedimientos de actuación que deben recogerse en los compromisos de gestión suscritos por un centro sociosanitario residencial con un centro hospitalario o una oficina de farmacia y de las actuaciones a realizar en relación con los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios residenciales que tengan vinculados; o la previsión de sistemas de gestión informatizadas.

<sup>2</sup> El artículo 1º establece que el presente Decreto tiene por objeto:

“a) Organizar la gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía en los centros sociosanitarios residenciales, para las personas residentes con derecho a la misma.

b) Fijar los criterios e instrumentos para la adscripción de los servicios de farmacia y la vinculación de los depósitos de medicamentos de los correspondientes centros sociosanitarios residenciales al servicio de farmacia de un hospital del Servicio Andaluz de Salud o, en su caso, a una oficina de farmacia.

c) Establecer las condiciones de prescripción, dispensación y suministro de los medicamentos y de los productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica, en los centros sociosanitarios residenciales.”

la competencia exclusiva que le atribuye el art. 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población.

Al poco tiempo de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, la Confederación de Empresarios de Oficina de Farmacia de Andalucía (CEOFA) presentó escrito de interposición de recurso contencioso-administrativo contra el Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. De dicho recurso contencioso administrativo conoció la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Granada. El motivo fundamental en que descansaba la demanda era el referente a la infracción de competencias estatales en que incurre el artículo 1.c) del Decreto impugnado, que establece, como objeto de regulación, las *"condiciones de prescripción, dispensación y suministro de los medicamentos y de los productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica, en los centros sociosanitarios residenciales"*, infracción a la que anudaba la consecuencia de la nulidad de pleno derecho de la norma recurrida por exceso de competencias normativas. Consideraba la parte actora que estas infracciones se producían en materia de legislación sobre productos farmacéuticos, en materia de régimen económico de la seguridad social, en materia de bases y coordinación general de la sanidad, al vulnerarse normas dictadas al amparo de la competencia exclusiva del Estado como son la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, aprobada por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.<sup>3</sup>

Inicialmente, el planteamiento de la cuestión competencial no parecía demasiado preocupante, puesto que la demanda hacía una cita bastante genérica de artículos supuestamente infringidos de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, pero sin realizar un análisis riguroso de las supuestas infracciones cometidas por los preceptos que desarrollaban la declaración del apartado c) del art. 1º del Decreto. En este punto, debe destacarse que por nuestra parte nunca concebimos como posible una anulación total y absoluta del Decreto impugnado al contar el mismo con la habilitación competencial antes referida. El Decreto desarrollaba la declaración del art. 1º, letra c) en su capítulo III (arts. 9 a 13), bajo la rúbrica de "prestación farmacéutica". Por lo tanto, considerábamos admisible una eventual discusión sobre la constitucionalidad de los arts. 9.1 y 10.2 del Decreto, pero en ningún caso contemplábamos la anulación total del Decreto por la mera declaración de objetivos de su art. 1º. Y en relación a esos concretos preceptos, lo cierto es que los artículos de la Ley del Medicamento supuestamente infringidos (se señalaban principalmente el art. 79 relativo a la regulación de la receta médica y la prescripción hospitalaria, y el art. 86.1 que se ocupa de la actividad de dispensación en las oficinas de farmacia y prevé la posibilidad de utilización de sistemas personalizados de dosificación) no estaban

---

<sup>3</sup> Añadía la parte demandante que el Decreto impugnado incluía provisiones en materia de receta médica que resultaban contrarias al orden de competencias establecido, lo que provocaba la nulidad de su artículo 9.1, y que la dispensación de envases clínicos no respetaba tampoco la normativa básica estatal y la dictada en materia de prescripción y dispensación de productos farmacéuticos, lo que devenía en la nulidad de su artículo 10.2. Por último alegaba que la elaboración de los sistemas personalizados de dosificación fuera de las oficinas de farmacia no era admisible y la nulidad de la inclusión de las residencias privadas y de la exclusión de los centros sociosanitarios de menos de 100 pero más de 50 camas de la posibilidad de adscribir el servicio farmacéutico a las oficinas de farmacia.

dictados al amparo de la competencia exclusiva del Estado sobre legislación de productos farmacéuticos sino en materia de bases y coordinación general de la sanidad. Entendíamos, por tanto, que la doctrina constitucional en materia de bases de la sanidad interior, admitía un desarrollo autonómico de la legislación básica estatal.

Pese a lo anterior, el 22 de febrero de 2018, la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía dictó Sentencia estimatoria de la demanda, acordando la nulidad de pleno del Decreto 512/2015. A pesar de la criticable factura de la sentencia, que podría justificar un comentario sobre la técnica de la remisión “in aliunde”, lo cierto es que el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía vino a acoger la tesis de la parte actora de que la declaración de objetivos del art. 1º, letra C), incurría en exceso competencial por invasión de la competencia estatal exclusiva en materia de legislación sobre productos farmacéuticos, y porque correspondería en todo caso al Estado la regulación de las condiciones de dispensación o las reservas singulares de prescripción o dispensación. La Sala de Granada apreciaba en este caso una identidad con lo resuelto en su Sentencia 737/2014, de 17 de marzo de 2014 (recurso 1845/2011), que fue confirmada por Sentencia de la Sección Cuarta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, de fecha 2 de marzo de 2016 (recurso de casación 2136/2014) y resolvió aplicando la doctrina del Alto Tribunal que se sintetiza <<en la aseveración de que las condiciones específicas de dispensación y la alteración de las existentes por razones que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, corresponde determinarlas al Estado, a fin de asegurar el uso racional de los medicamentos (...).>><sup>4</sup>

Disconforme con esta Sentencia, la Asesoría Jurídica del SAS a través del autor del presente comentario, se dispuso a preparar el oportuno recurso de casación.

#### **4. RECURSO DE CASACIÓN CONTRA LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA.**

Como acabamos de exponer, frente a la Sentencia de la Sala de Granada del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, se preparó el oportuno recurso de casación. El mismo fue admitido por Autos de 29 de octubre y 10 de diciembre de 2018, estableciéndose que la cuestión que revestía interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia era la siguiente: <<si la competencia autonómica sobre ordenación farmacéutica incluye el establecimiento de las condiciones de prescripción, dispensación y suministro de los medicamentos y de los productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica, en los centros sociosanitarios residenciales en los

---

<sup>4</sup> La Sentencia de la Sala de Granada señalaba en su FD3º:

*“TERCERO.-La misma cuestión que se plantea en el presente recurso contencioso administrativo (invasión de la competencia exclusiva del Estado por la Comunidad Autónoma de Andalucía, en tanto que, además de la reserva constitucional a favor de la competencia exclusiva del Estado en legislación sobre productos farmacéuticos, también la legislación estatal es clara al remitir a la Administración estatal cuando regula las condiciones de dispensación o las reservas singulares de prescripción o dispensación) fue abordada en las sentencias de esta Sección 737/2014, de 17 de marzo de 2014 (recurso 1845/2011) y 2996/2016, de 29 de noviembre de 2016 (recurso 1581/2011), confirmada, la primera de las citadas, por la sentencia de la Sección Cuarta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, de fecha 2 de marzo de 2016 (recurso de casación 2136/2014: ponente, Excmo. Sr. Don José Luis Requero Ibáñez), cuyo criterio, en acatamiento del principio de unidad de doctrina, mantenemos, y que puede sintetizarse en la aseveración de que las condiciones específicas de dispensación y la alteración de las existentes por razones que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, corresponde determinarlas al Estado, a fin de asegurar el uso racional de los medicamentos.(...)”*

*términos regulados en el Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios (BOJA núm. 2, de 5-1-2016).>>*

La Sentencia de la Sala de Granada, al apreciar un exceso competencial del art. 1.c) del Decreto 512/2015 sin llegar siquiera a analizar los preceptos de su capítulo III, nos permitía concluir que para el Tribunal andaluz cualquier regulación sobre condiciones de prescripción, dispensación y suministro de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios invadía las competencias exclusivas del Estado en materia de legislación sobre productos farmacéuticos. En definitiva, el punto de vista del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía extendía de tal forma la competencia estatal en materia de legislación sobre productos farmacéuticos, que suponía vaciar de contenido las correlativas competencias de la Comunidad Autónoma en materia de sanidad interior, ordenación farmacéutica y servicios sociales.

En consecuencia, en nuestro escrito de interposición tratamos de poner de manifiesto la infracción de los arts 149.1.16º CE, y arts. 55.1 y .2 y 61.1.a) EAA, pues entendíamos que la distribución de competencias en materia de sanidad no excluía la regulación por la Comunidad Autónoma de condiciones de prescripción, dispensación y suministro de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios, en tanto se respetase la legislación estatal, tanto la dictada con carácter exclusivo en materia de productos farmacéuticos, como la dictada con carácter básico en atención a la competencia sobre bases y coordinación general de la sanidad interior.

Puesto que la cuestión debatida en la instancia se refería a la supuesta invasión de competencias estatales, lógicamente el recurso de casación había de descansar de manera muy importante en la jurisprudencia constitucional al respecto. En efecto, el Tribunal Constitucional ha creado un importante cuerpo de doctrina que analiza el alcance de la competencia estatal sobre “legislación sobre productos farmacéuticos” así como de la competencia autonómica sobre “ordenación farmacéutica”.

A nuestro juicio, el error de planteamiento de la sentencia recurrida se produjo al equiparar la Sala de Granada del TSJA, el supuesto de hecho de su Sentencia 737/2014 y el del presente caso. En nuestra opinión el presupuesto fáctico era notoriamente distinto, pues en aquel caso se impugnó la resolución SC 0403/10 de 22 de diciembre de la Dirección Gerencia del SAS que acordaba incluir determinados medicamentos para tratamientos extrahospitalarios en la dispensación de los servicios de farmacia hospitalaria por requerir, a juicio del Organismo, una particular vigilancia, supervisión y control. Por tal motivo, en aquel caso existió invasión del título competencial estatal en materia de “legislación sobre productos farmacéuticos” porque aquella Resolución del Director Gerente del SAS incidía sobre los medicamentos que constituían su objeto, en cuanto “sustancias”, estableciendo determinadas condiciones específicas o reservas de dispensación en garantía de la seguridad de los pacientes, por su elevada toxicidad, la necesidad de ajustes de posología a lo largo del tratamiento y sus interacciones con otros fármacos, razón por la que requerían de una particular vigilancia, supervisión y control de que su utilización se adaptaba estrictamente a las guías farmacoterapéuticas y protocolos establecidos.

De forma clara, aquel caso incidía en lo que el Tribunal Constitucional venía considerando como ámbito propio de la legislación sobre productos farmacéuticos. Así, por ejemplo, la STC 98/2004 definía el título competencial relativo a la “legislación sobre productos farmacéuticos” como *“ese conjunto de normas que tiene por objeto la ordenación de los medicamentos en cuanto “sustancias” cuya fabricación y comercialización está sometida -a través de las correspondientes actividades de evaluación, registro, autorización, inspección y vigilancia- al control de los poderes públicos, en orden a garantizar los derechos de los pacientes y usuarios que los consumen.”*

Lo más llamativo de todo es que la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, después de definir correctamente, conforme a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, el título competencial estatal sobre “legislación sobre productos farmacéuticos”, de forma inexplicable olvidaba la también doctrina constitucional (cabe citar, por ejemplo, la STC 152/2003), que distinguía bajo el término “dispensación” una doble vertiente: por una parte, la que tiene que ver con el medicamento mismo; y, por otra, la que tiene que ver con la función de la farmacia al dispensar aquél. Cada uno de dichos aspectos o vertientes era susceptible de una regulación diferenciada, respectivamente encuadrable en títulos competenciales asimismo diferentes. En el primer caso, en el título competencial relativo a la “legislación sobre productos farmacéuticos” y en el segundo, incardinable en el título competencial sobre “ordenación farmacéutica o de establecimientos farmacéuticos”, inserta ésta en la más general de la sanidad interior. De tal manera, nos recordaba la citada STC 152/2003, que los Estatutos de Autonomía han reconocido a las Comunidades Autónomas competencias en materia de establecimientos farmacéuticos y que esa competencia no puede resultar enervada por la indebida expansión de aquella competencia estatal. Y se concluía que las Comunidades Autónomas competentes pueden también regular en relación con la dispensación de medicamentos aspectos que tengan propiamente que ver con la función de las farmacias al dispensarlos, siempre que la regulación correspondiente se oriente al establecimiento de reglas o criterios que atiendan al ejercicio ordinario de esta actividad de los establecimientos de farmacia, sea de índole técnica o meramente de entrega material, y no ponga en cuestión los principios relativos a garantizar la seguridad de las prescripciones médicas y, con ello, la salud de los pacientes.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Establece la STC 152/2003:

*“7. (...) Podemos entender que en la dispensación es discernible una doble vertiente: por una parte, la que tiene que ver con el medicamento mismo; y, por otra, la que tiene que ver con la función de la farmacia al dispensar aquél. Cada uno de dichos aspectos o vertientes es susceptible de una regulación diferenciada, respectivamente encuadrable en títulos competenciales asimismo diferentes.*

*Y así nada cabe oponer a que el régimen jurídico de la dispensación de medicamentos, en todo aquello que resulte necesario para garantizar la seguridad de los tratamientos que se han prescrito, se incardine en la materia relativa a la "legislación sobre productos farmacéuticos", puesto que ello se aviene perfectamente con el sentido que tiene la referencia a esta materia en el número 16 del art. 149.1 CE, junto con las "bases y coordinación general de la sanidad". En efecto, la protección de la salud, encomendada al Estado en su dimensión básica, se encuentra reforzada por la atribución al propio Estado de una competencia más amplia, que se extiende a la plenitud legislativa, en lo relativo a la regulación de los productos farmacéuticos y en su seno a los medicamentos de uso humano, lo que encuentra su justificación en la potencial peligrosidad de estos productos.*

En definitiva, afirmábamos en nuestro recurso de casación que no toda regulación sobre las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos incidía sobre el medicamento, en cuanto “sustancia”, ni por tanto afectaba a sus condiciones de fabricación y comercialización, a través de las actividades de evaluación, registro, autorización, inspección y vigilancia, que están reservadas a la exclusiva competencia del Estado. Fuera de dicho ámbito, era perfectamente posible la participación de las Comunidades Autónomas en el desarrollo de la legislación básica del Estado, dictada ya no “como legislación sobre productos farmacéuticos” sino en el marco de las bases y coordinación general de la sanidad interior.

A parecidas conclusiones había llegado el TC en numerosas sentencias: STC 211/2014 (FJ3), 210/2016, de 15 de diciembre (FJ5), etc..<sup>6</sup>

## **5. LA SENTENCIA DE LA SECCIÓN CUARTA DE LA SALA TERCERA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 12 DE JUNIO DE 2020 (RECURSO DE CASACIÓN 3339/2018).**

Junto a los anteriores alegatos, en nuestro recurso de casación también invocamos que la Sentencia de la Sala de Granada era contradictoria con otras anteriores dictadas por la misma Sala del Tribunal Supremo. En concreto, citábamos las Sentencias de 24 de marzo de 2015 (recurso de casación nº1700/2013) y 16 de junio de 2014 (recurso de casación 3323/2012), en donde originariamente se había impugnado el Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell de la Generalidad Valenciana, por el que se regulan

---

*Sin embargo esta constatación no puede hacer olvidar que los Estatutos de Autonomía han reconocido a las Comunidades Autónomas, como es el caso de Galicia, competencias en materia de establecimientos farmacéuticos y que esa competencia no puede resultar enervada por la indebida expansión de aquella competencia estatal.*

*Partiendo de esta premisa y del propio criterio, contenido en el art. 88.1 d) de la Ley del medicamento (no amparado en el título competencial de legislación de productos farmacéuticos, sino en el de bases de sanidad -art. 2.2), de la obligación de dispensación de los medicamentos por las oficinas de farmacia, podemos entender que las Comunidades Autónomas competentes pueden también regular en relación con la dispensación de medicamentos aspectos que tengan propiamente que ver con la función de las farmacias al dispensarlos, siempre que la regulación correspondiente se oriente al establecimiento de reglas o criterios que atiendan al ejercicio ordinario de esta actividad de los establecimientos de farmacia, sea de índole técnica o meramente de entrega material, y no ponga en cuestión los principios relativos a garantizar la seguridad de las prescripciones médicas y, con ello, la salud de los pacientes. Así entendida, la confluencia de ambas materias es posible, quedando garantizadas las respectivas atribuciones competenciales del Estado y de las Comunidades Autónomas, según determina el orden constitucional de competencias. (...)*

<sup>6</sup> Establece la STC 210/2016:

*“Por lo que se refiere al título competencial relativo a la «legislación sobre productos farmacéuticos» (de competencia exclusiva del Estado conforme al 149.1.16 CE), siguiendo lo dispuesto en la STC 211/2014, de 18 de diciembre, FJ 3, debemos descartarlo desde el primer momento al no formar parte los preceptos impugnados «de ese conjunto de normas que tiene por objeto la ordenación de los medicamentos en cuanto “sustancias” cuya fabricación y comercialización está sometida –a través de las correspondientes actividades de evaluación, registro, autorización, inspección y vigilancia– al control de los poderes públicos, en orden a garantizar los derechos de los pacientes y usuarios que los consumen» (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 5). Ciertamente, al igual que afirmamos en la STC 98/2004, de 25 de mayo, en relación con la incardinación competencial de la normativa reguladora de los precios de referencia de las diferentes especialidades farmacéuticas y, reiteramos en las SSTC 211/2014, de 18 de diciembre y 6/2015, de 22 de enero, en relación con la creación de un catálogo priorizado de productos farmacéuticos en la Comunidad Autónoma de Galicia, la norma andaluza no regula el medicamento en el sentido apuntado, sino que lo contempla en su dimensión de «prestación sanitaria» del sistema de salud, al abordar la regulación de la selección de los medicamentos o productos sanitarios a dispensar por las oficinas de farmacia cuando se indiquen por principio activo o denominación genérica.”*

las actividades, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria.

Lo cierto es que, de manera fundamental, la Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de junio de 2020 basa la estimación de nuestro recurso de casación en esa contradicción, puesto que el Tribunal Supremo, aplicando la doctrina constitucional a la que antes hemos hecho referencia, ya se había pronunciado sobre la delimitación de la competencia estatal en materia de “legislación sobre productos farmacéuticos” y sobre “ordenación farmacéutica o de establecimientos farmacéuticos”.

Sobre la delimitación de la competencia estatal en materia de “legislación sobre productos farmacéuticos”, el Tribunal Supremo ya había dictado varias sentencias. Así, la Sentencia recurrida de la Sala de Granada del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, ya mencionaba la Sentencia del TS de fecha 2 de marzo de 2016 (recurso de casación 2136/2014). Como ya hemos dicho anteriormente, en aquel caso se anuló la resolución SC 0403/10 de 22 de diciembre de la Dirección Gerencia del SAS que acordaba incluir determinados medicamentos para tratamientos extrahospitalarios en la dispensación de los servicios de farmacia hospitalaria por requerir, a juicio del Organismo, una particular vigilancia, supervisión y control.<sup>7</sup>

También la parte recurrida se encargó de traer a colación la STS de 17 de octubre de 2014, (recurso de casación 4332/2012) por la que se anulaba la Orden 14/2010, de 1 de septiembre de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, por la que se regula el procedimiento de autorización y funcionamiento de las unidades farmacéuticas y adaptación de dosis. Tal y como señala la Sentencia de 12 de junio de 2020, se trataba de adaptar y manipular medicamentos incluyendo la reconstitución, extracción de la cantidad necesaria hasta obtenerlas dosis prescritas, etc.

En definitiva, tal y como sintetizaba el Alto Tribunal andaluz, la doctrina del TS podía resumirse en la aseveración de que las condiciones específicas de dispensación y la alteración de las existentes por razones que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, corresponde determinarlas al Estado en base a la competencia estatal en materia de legislación sobre productos farmacéuticos. La cuestión es que, tal y como se ha encargado de recordar el Tribunal Supremo, esos casos nada tienen que ver con el Decreto 512/2015, de 29 de diciembre.

Por el contrario, la Sentencia de 12 de junio de 2020 establece, si bien no una analogía, sí una similitud relevante con los supuestos fácticos conocidos por las Sentencias del TS de 24 de marzo de 2015 y 16 de junio de 2014 que conocieron del Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell de la Generalidad Valenciana. Y en cuanto al problema de fondo debatido, cual es el de las competencias autonómicas en materia de “ordenación farmacéutica”, viene a reiterar la doctrina establecida en aquéllas, en

---

<sup>7</sup> Establecía el FJ Sexto de la STS de 2 de marzo de 2016:

"2º...Lo relevante es que la resolución SC 0403/2010 no ejecuta la legislación estatal, sino que decide que ciertos medicamentos - unos destinados a tratamientos oncológicos y la totalidad de los tratamientos hormonales de infertilidad - queden sujetos a un tipo de prescripción: de estar reservada a los médicos especialistas de los servicios de atención especializada se acuerda que pasen a dispensarse por los servicios de farmacia de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

3º Tal medida se justifica por una razón que va más allá de lo organizativo y afecta al producto farmacéutico como sustancia en lo atinente a su régimen de dispensación e incide sobre los pacientes."

el sentido de que las Comunidades Autónomas que tengan atribuidas competencias en materia de “ordenación farmacéutica”, pueden establecer condiciones de prescripción, dispensación y suministro de los medicamentos y productos sanitarios siempre que dicha regulación respete la normativa básica estatal.<sup>8</sup>

En la Sentencia de 12 de junio de 2020, por tanto, después de reiterar la citada doctrina, el Tribunal Supremo entró a examinar determinados preceptos del Decreto 512/2020 que regulaban condiciones de prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios incluidos en las prestación farmacéutica en centros sociosanitarios residenciales de Andalucía, no apreciando exceso competencial alguno en los mismos.<sup>9</sup>

En definitiva, y como conclusión, la Sentencia de 12 de junio de 2020, si bien no es innovadora en cuanto no viene a establecer una nueva doctrina, sí resulta interesante en cuanto clarifica las diferentes líneas doctrinales del Alto Tribunal, delimitando claramente la competencia estatal en materia de “legislación sobre productos

---

<sup>8</sup>la STS de 24 de marzo de 2015 (recurso de casación nº1700/2013) estableció:

*“CUARTO.- Abordando ya el motivo primero, la alegación de falta de competencia de la Generalitat Valenciana para dictar el Decreto 94/2010 fue ya rechazada por nuestra sentencia de 16 de junio de 2014. Baste recordar ahora que, de conformidad con el art. 49 del actual Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, ésta tiene competencia en materia de “ordenación farmacéutica”, sin perjuicio de lo establecido en el art. 149.1.16 CE; y a tenor de la STC 109/2003, el ejercicio de dicha competencia está, en todo caso, sometido a la legislación básica estatal. De aquí que la cuestión no sea si la Generalitat Valenciana es competente, en términos generales, para dictar una disposición reglamentaria como la aquí considerada. Más bien, la cuestión es, como ya dijimos en aquella ocasión, si la mencionada disposición reglamentaria conculca en algún extremo, lo establecido en la legislación básica del Estado.”*

Por su parte, la STS de 16 de junio de 2014 (recurso de casación 3323/2012), dejó establecido:

*“ UNDÉCIMO.- En este primer motivo de casación lo litigioso no es que el Decreto impugnado prevea la dispensación de medicamentos en centros sociosanitarios, ni que se prevea la dispensación a pacientes no hospitalizados, es decir, ambulantes, sino que lo litigioso se ciñe a que mediante el Decreto impugnado la Administración autonómica se atribuya la potestad de reserva singular de dispensación lo que, según la recurrente y ex lege, corresponde a la Administración del Estado -Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- según el artículo 2.6.c) de la Ley estatal 29/2006 cuya infracción se invoca. Es el aspecto reseñado en el anterior Fundamento de Derecho Noveno.3º.”*

(...)

*DÉCIMO CUARTO.- En este sentido hay que tener presente lo que sigue:*

*1º Que conforme a la Disposición Final Primera.1 de la Ley 29/2006 a efectos del título competencial del artículo 149.1.16ª de la Constitución , el citado artículo 2.6.b) y c) de la Ley estatal 29/2006 tiene la consideración de legislación básica sobre productos farmacéuticos.*

*2º Que tiene dicho el Tribunal Constitucional (cf Sentencias 109 , 152 y 193/2003 o la 137/2013) que en el distingo competencial entre "legislación sobre productos farmacéuticos" y "ordenación farmacéutica", es competencia estatal regular en cuanto a la dispensación de medicamentos lo relativo a la garantía de la seguridad de los tratamientos prescritos como aspecto ligado a la protección de la salud.*

*3º El título competencial del Estado referido "legislación sobre productos farmacéuticos" debe relacionarse con las "bases y coordinación general de la sanidad" ( artículo 149.1.16ª CE ). La protección de la salud, encomendada al Estado en su dimensión básica, se refuerza al atribuirle una competencia más amplia, la legislativa, para regular los productos farmacéuticos lo que se justifica por su afectación a la salud. “*

*4º Señala tal Sentencia que la atribución estatutaria a las Comunidades Autónomas de competencias en materia de establecimientos farmacéuticos comprende regular, respecto de la dispensación, aspectos relativos a la ordenación y estructura de la actividad farmacéutica, ya sea técnica o de entrega material, siempre que no afecte a los principios que garanticen la seguridad de las prescripciones médicas y, con ello, la salud de los pacientes.”*

<sup>9</sup> En concreto, la STS de 12 de junio de 2020 entró a conocer de los artículos 9.1 (prescripción de medicamentos y de productos sanitarios) 10.2 (dispensación de medicamentos y de productos sanitarios), 2.1 (ámbito de aplicación). y 3. (adscripción de los servicios de farmacia) 4 (vinculación de los depósitos de medicamentos en centros sociosanitarios residenciales, con más de cincuenta camas).

farmacéuticos” y la competencia autonómica en materia de “ordenación farmacéutica o sobre establecimientos farmacéuticos”.

## 6. ADENDA.

Finalizada ya la redacción del presente comentario, el día 7 de julio se ha recibido notificación de la Sentencia del Tribunal Supremo (Sección 4ª de la Sala Tercera), de fecha 22 de junio de 2020 (recurso de casación nº 2244/2018). La misma viene a ratificar la doctrina establecida en la Sentencia que estamos comentando, creando jurisprudencia al respecto.

Adicionalmente, la Sentencia de 22 de junio de 2012 viene a pronunciarse sobre una cuestión de gran interés, como es la adecuación al principio de libre empresa y a la regulación en materia de defensa de la competencia, respecto del procedimiento de libre concurrencia diseñado en el apartado 2 del art. 5 del Decreto 512/2015. Se trata de un procedimiento cuya finalidad es seleccionar, de entre las oficinas de farmacia de la Unidad Territorial Farmacéutica (UTF) en la que se ubiquen los centros sociosanitarios residenciales de cincuenta camas o menos, aquéllas a la que han de quedar vinculados estos centros sociosanitarios conforme al apartado 1º de este artículo.

Habiéndose cuestionado esta vinculación con el área o unidad territorial farmacéutica, concluye el Tribunal Supremo que *<<el establecimientos de limitaciones basadas en principios de servicio público, que tiene una base legal como la ya expuesta, no introduce distorsiones en el principio de libre competencia.>>*

Esta cuestión que, como decimos nos parece de gran interés, será objeto de otro comentario si la redacción del Boletín de Derecho Sanitario así lo estima pertinente.

## 4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS

Vicente Lomas Hernández  
Doctor en Derecho.  
Licenciado en CC. Políticas.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

### I.- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

- Contrato de transporte sanitario: Subrogación convencional de trabajadores.

Tribunal Supremo (Sala de lo Social, Sección 1ª) Sentencia núm. 148/2020 de 18 febrero.

Se discute si la forma en que la empresa Ambulancias Transaltozano, SL ha dado cumplimiento a la obligación del art. 27 del Convenio Colectivo, permite imponer a la empresa adjudicataria del servicio de transporte sanitario la obligación de hacerse cargo de los trabajadores de aquélla.

La única documentación que facilitó la empresa saliente fueron listados de trabajadores, con indicación del tipo de contrato, categoría profesional, número de DNI y de afiliación a la Seguridad Social, antigüedad en empresa, domicilio.

La Sala declara que *“De esta documentación no es posible pensar que la empresa adjudicataria pudiera conocer las condiciones laborales que mantenían los trabajadores con la saliente, ni si estaba al corriente en sus obligaciones económicas”*.

Por lo que respecta a cómo haya podido influir que la nueva empresa adjudicataria haya contratado a todos los trabajadores de la empresa anterior, *“ninguna repercusión tiene el hecho de que la empresa entrante haya contratado a todos los trabajadores de la saliente para, con base en ello, tener por cumplida la obligación de ésta de facilitar la documentación necesaria e imprescindible que le impone el convenio colectivo y con ello obligar a la adjudicataria a subrogarse en su personal. De esa circunstancia no se obtiene que la empresa pudiera conocer la situación laboral en la que se encontraban los trabajadores con su empresa”*.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

## **II.- PROTECCIÓN DE DATOS Y TRANSPARENCIA.**

- **Comunicado de la AEPD sobre la información acerca de tener anticuerpos de la COVID-19 para la oferta y búsqueda de empleo.**

Entre las bases jurídicas que en principio podrían fundamentar dicho tratamiento por la empresa empleadora estarían el consentimiento del interesado, conforme al artículo 6.1.a) del RGPD, o la prevista en su artículo 6.1.b), relativa al tratamiento necesario para la ejecución de un contrato en el que la persona candidata es parte o para la aplicación a petición de esta de medidas precontractuales. Sin embargo, ni una ni otra base serían aplicables en el presente caso.

**Más información:** [aepd.es](http://aepd.es)

- **Listado con los equívocos más comunes relacionados con el uso de la biometría y cómo afectan a la protección de datos.**

Entre los equívocos más comunes relacionados con la biometría se encuentra la afirmación de que los sistemas de identificación y autenticación biométrica son más seguros para los usuarios. En este sentido, la Agencia advierte de que el acceso no autorizado a datos biométricos en un sistema permitiría o facilitaría el acceso en el resto de los sistemas que utilicen dichos datos biométricos. Esto tendría el mismo efecto que usar la misma contraseña en muchos sistemas distintos y, a diferencia de los sistemas basados en contraseñas, una vez que la información biométrica ha sido comprometida, esta no se puede cancelar. También alerta de que la información biométrica se almacena cada vez en más entidades y dispositivos, lo que aumenta exponencialmente la probabilidad de una brecha de seguridad de información biométrica.

**Más información:** [aepd.es](http://aepd.es)

- **Normativa aplicable al acceso a información solicitada por las Juntas y Delegados de Personal. TREBEP vs Ley de Transparencia.**

**STS nº 748/2020 (Recurso de Casación nº 577/2019)**

El Tribunal Supremo se pronuncia sobre si la información solicitada por las Juntas de Personal/Delegados de Personal en la Administración Pública, se regula por lo dispuesto en el artículo 40.1 del TREBEP (se refiere al acceso a la información por parte de las Juntas de Personal y los Delegados de Personal, como órganos de representación de los funcionarios), o por el contrario, por la Ley 19/2013, de transparencia.

El TS considera que en esta materia no existe desplazamiento de la LT por parte del TREBEP "(...) A juicio de este Tribunal, el precepto transcrito no contiene un régimen específico y alternativo que desplace el régimen general de acceso a la información contenido en la Ley 19/2013, ni limita o condiciona el acceso a la información que las Juntas de Personal pueden tener en relación con aquellas materias relativas los empleados que representan y la información que les atañe (...) en todo caso, aun cuando se acogiese una interpretación más restrictiva, el precepto no impide ni limita el derecho a tener acceso a otros datos distintos, incluyendo aquellos que inciden directamente en la retribución del personal al que representan. El mero hecho de ser destinatario natural de una información concreta no equivale limitar su derecho a solicitar una información pública distinta. En definitiva, el precepto en cuestión no fija límites o condiciones en el contenido de la información que puede solicitar y obtener las Juntas de Personal, por lo que no se constituye como un régimen jurídico específico de acceso a la información que desplace y sustituya al previsto en la Ley de Transparencia y Buen gobierno (...)". -

Y fija la siguiente doctrina legal:

"(...) las previsiones contenidas en la Ley 19/2013, de Transparencia y Buen Gobierno, por lo que respecta al régimen jurídico previsto para al acceso a la información pública, sus límites y el procedimiento que ha de seguirse, tan solo quedan desplazadas, actuando en este caso como supletoria, cuando otra norma legal haya dispuesto un régimen jurídico propio y específico de acceso a la información en un ámbito determinado, tal y como establece la Disposición adicional primera apartado segundo de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre.

Ello exige que otra norma de rango legal incluya un régimen propio y específico que permita entender que nos encontramos ante una regulación alternativa por las especialidades que existen en un ámbito o materia determinada, creando una regulación autónoma respecto de los sujetos legitimados y/o el contenido y límites de la información que puede proporcionarse.

El art. 40.1 del Real Decreto legislativo 5/2015 de 30 de octubre, por el que se regula el Estatuto Básico del Empleado Público, no contiene un régimen específico y alternativo que desplace el régimen general de acceso a la información contenido en la Ley 19/2013, ni limita o condiciona el acceso a la información que las Juntas de Personal pueden tener en relación con aquellas materias relativas los empleados que representan y la información que les atañe."

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- Preguntas frecuentes en relación con la Protección y el tratamiento de los datos de carácter personal en la actual crisis sanitaria provocada por el virus Covid-19. Grupo Técnico de trabajo sobre Protección de Datos Comisión de Sociedad de la Información, Innovación Tecnológica y Agenda Digital Federación Española de Municipios y Provincias.

La Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) se pone a disposición de las entidades locales información de ayuda y apoyo en relación con el tratamiento de los datos personales que se puedan estar llevando a cabo por las entidades locales para paliar los efectos contra el COVID-19.

*Más información:* [femp.es](http://femp.es)

- El derecho a la privacidad es más importante en tiempos de Covid-19.

Con motivo del segundo aniversario de la aplicación del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), la Asociación Profesional Española de Privacidad (APEP) reivindica la importante labor de los profesionales dedicados a la protección de datos, especialmente en aquellos asuntos relacionados con la lucha contra la pandemia Covid-19.

*Más información:* [a pep.es](http://a pep.es)

- Guía para la contratación de auditorías de certificación del Esquema Nacional de Seguridad (ENS), del CCN-CERT.

*Más información:* [ccn-cert-cni.es](http://ccn-cert-cni.es)

### **III.- CONTRATACIÓN PÚBLICA.**

- Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación publica en su web el “COMPENDIO DE DISPOSICIONES - LA CONTRATACIÓN PÚBLICA Y LAS MEDIDAS DERIVADAS DE LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE ALARMA COMO CONSECUENCIA DEL COVID-19 - DOCUMENTO FINAL”.

*Más información:* [meh.age](http://meh.age)

- Actualización informe especial de supervisión: publicidad de los contratos tramitados por emergencia durante el Estado de Alarma derivado del covid-19.

*Más información:* [hacienda.gob.es](http://hacienda.gob.es)

- Impacto en la Contratación Pública de las medidas derivadas de la declaración del Estado de Alarma como consecuencia del covid-19.

*Más información:* [hacienda.gob.es](http://hacienda.gob.es)

- **Celebración de una Mesa de Contratación: no cuenta con la cualificación necesaria para ser susceptible de esta vía especial de impugnación.**

**TACRC Recurso nº 1180/2019 C.A. Castilla-La Mancha 97/2019 Resolución nº 1349/2019, 25 de noviembre.**

Recurso interpuesto por DIAGNÓSTICA STAGO, S.L.U., contra el Acuerdo de 25 de Julio de 2019, de la Mesa de Contratación de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de exclusión de los lotes nº 11, 26, 41, 56, 71 y 86 del procedimiento de licitación para la adjudicación del contrato de *“suministro de reactivos, material fungible y equipamientos en cesión, necesarios para la realización de las determinaciones analíticas del laboratorio de análisis clínicos”*.

El recurso de la entidad recurrente se fundamenta en que se ha producido una flagrante vulneración del procedimiento establecido para la apertura de las proposiciones, en concreto, en cuanto a la apertura del Sobre nº2, lo que determina la invalidez de la evaluación de su contenido.

Así, en la reunión del 20 de noviembre de 2018 de la Mesa de Contratación, prevista para la apertura del Sobre nº2, ésta no tuvo lugar. De la documentación que consta en la Plataforma de Contratación no puede deducirse información alguna, ni sobre el momento de la apertura de los Sobres nº 2, ni de lo sucedido hasta la emisión del informe técnico. Por tanto, en opinión de la recurrente, podría haberse producido un grave vicio de invalidez del procedimiento de licitación.

De otra parte solicita la entidad recurrente mediante otrosí en su escrito de recurso el acceso al expediente de la licitación tras la respuesta denegatoria de la Administración a la solicitud de acceso formulada.

En el presente supuesto, en la apertura del sobre 2 no hay ningún acto de trámite que, conforme al precepto citado, sea susceptible de impugnación.

En cuanto al segundo motivo, hay constancia de que la entidad recurrente, antes de la interposición del recurso especial, solicitó vista del expediente. Esta solicitud fue contestada por órgano de contratación por medio de un correo electrónico en el que se la requiere *«para que indique no una solicitud con carácter genérico sino la documentación concreta a la que desea acceder»*.

En consecuencia, el órgano de contratación accedió a dar vista del expediente a la recurrente, solicitando que indicase la documentación concreta a la que deseaba acceder. Al no tener constancia de que hayan tenido lugar ulteriores actuaciones por parte de la recurrente, las consecuencias de esta falta de actividad deben ser soportadas por la parte que no mantuvo la diligencia requerida.

**Más información:** [hacienda.gob.es](http://hacienda.gob.es)

#### IV.- RRHH.

- Galicia: devengo de retribuciones por el personal estatutario que pase a prestar servicios en otra categoría de personal estatutario o como funcionario/laboral.

STC 16-10-2019, nº 117/2019, de 20 de Noviembre de 2019, rec. 2360-2019.

La contradicción, según el órgano judicial que plantea la cuestión, radicaría en que, mientras que la legislación estatal prevé que el personal estatutario que pase a prestar servicios en otra categoría de personal estatutario, o como funcionario o como personal laboral, no devenga retribuciones propias de su relación estatutaria de origen, el precepto de la Ley de salud de Galicia señala que en estos casos devengará y percibirá los complementos personales asignados a su relación estatutaria.

El art. 66 del EM establece que si el personal estatutario del servicio de salud presta servicios ya sea como personal estatutario, como funcionario o como personal laboral, en cualquier Administración pública u organismo público, será declarado en situación de excedencia por prestar servicios en el sector público, salvo que obtenga la correspondiente autorización de compatibilidad, en sintonía con lo previsto en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

El apartado 3 del art. 66 aporta la especialidad del régimen jurídico de esta modalidad de excedencia. Así, aunque el personal estatutario excedente por prestar servicios en el sector público no devengue retribuciones derivadas de su situación originaria, el tiempo que pase en situación de excedencia les será reconocido a efectos de trienios y carrera profesional cuando reingresen al servicio activo, en el supuesto de un eventual retorno a su anterior cuerpo, especialidad y categoría tras agotar la situación de excedencia.

El órgano judicial promotor de la cuestión considera que, siendo así que el personal debe quedar en situación de excedencia, por prestación de servicios en el sector público, en su plaza de origen, el art. 110.2 de la Ley de salud de Galicia es inconstitucional por contradecir lo dispuesto en materia de retribuciones en el art. 66.3 del Estatuto Marco.

Sin embargo el TC afirma que la respuesta a esta cuestión va a depender del sistema de provisión en virtud del cual se ha accedido a ese nuevo puesto, de modo que el personal estatutario quedará o no en esa situación administrativa en su puesto de origen; no se ha tenido en cuenta por el recurrente que la excedencia prevista en el art. 66 del EM no constituye la única situación administrativa aplicable al personal estatutario que pase a prestar servicios como personal funcionario/laboral:

*“Así, de conformidad con el art. 65 del Estatuto Marco, el personal estatutario puede pasar a prestar servicios dentro de la Administración sanitaria, en un régimen jurídico distinto al de su pertenencia, aceptando la oferta de cambio de su relación de empleo que efectúen los servicios de salud, y pasando a prestar sus servicios en otras entidades cuyo capital mayoritario sea público y hayan sido creadas o estén participadas por el servicio de salud autonómico o por la propia comunidad autónoma, o cuando lo hagan en el marco de las nuevas formas de gestión promovidas por la*

*Administración sanitaria. En este caso, el personal estatutario será declarado en la situación administrativa de servicios bajo otro régimen jurídico, figura que fue creada en atención a las distintas formas de gestión que en la actualidad existen en la asistencia sanitaria pública”.*

A lo que habría que añadir otras posibilidades:

- a) Prestar servicios en otros puestos de trabajo de la Administración sanitaria una vez superado, de acuerdo con lo previsto en el Decreto 206/2005, de 22 de julio (EDL 2005/119126), de provisión de plazas de personal estatutario del Servicio Gallego de Salud, los correspondientes procesos de promoción interna o de movilidad, ya sea voluntaria (concurso de traslados), por razón del servicio, por razón de salud o rehabilitación o por motivos de protección social.
- b) También pueden ser cubiertas las plazas por la vía de la comisión de servicios o la libre designación, o pasar a desempeñar temporalmente funciones correspondientes a nombramientos de una categoría del mismo nivel de titulación o de titulación superior (art. 35.1 del Estatuto Marco). permaneciendo en situación de servicio activo.
- c) “Acceso a puestos de las Administraciones públicas” conforme a la DA 3ª, que señala que “el personal estatutario de los servicios de salud podrá acceder a puestos correspondientes a personal funcionario dentro de los servicios de las Administraciones públicas, en la forma y con los requisitos que se prevean en las normas sobre función pública aplicables. El personal estatutario que desempeñe estos puestos tendrá derecho a percibir las retribuciones correspondientes a los mismos, en la forma en que los establezcan las normas de la correspondiente Administración pública”.
- d) Y la disposición adicional sexta del Estatuto Marco, bajo la rúbrica, “Relaciones del régimen estatutario con otros regímenes de personal de las Administraciones públicas”, prevé que, “en el ámbito de cada Administración pública, y a fin de conseguir una mejor utilización de los recursos humanos existentes, se podrán establecer los supuestos, efectos y condiciones en los que el personal sanitario de los servicios de salud pueda prestar indistintamente servicios en los ámbitos de aplicación de otros estatutos de personal del sector público”.

En consecuencia, el art. 110.2 de la Ley de salud de Galicia no resulta contrario a la regulación estatal prevista en el art. 66.3 del Estatuto Marco, debiendo interpretarse que el precepto estatal se refiere específicamente al personal estatutario excedente por prestar servicios en el sector público, mientras que la norma autonómica regula otros supuestos de cambio de régimen de personal que no conllevan la situación de excedencia.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Castilla-La Mancha: vacaciones y días adicionales por antigüedad para el personal estatutario. No se aplica la Ley de 10 de marzo, del Empleo Público de Castilla-La Mancha.**

**STSJ de Castilla-La Mancha nº 10054/2020, de 19 de mayo.**

*“El disfrute de los días adicionales que se reclaman por la demandante solo podría, en su caso, venir dado, de acuerdo con el art. 2.4 de la Ley 4/2011, por la vía de una modificación normativa o de un acuerdo Sindicatos-Administración que así lo reconozca expresamente”.*

Según la Sala, el reconocimiento de los días adicionales por antigüedad se hizo en los términos que se preveían en la normativa vigente con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, de modo que considerando que esta materia está regulada por la Ley 55/2003, no cabe la aplicación supletoria de la Ley autonómica.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **El cese de un funcionario interino, con una única relación de servicios, no determina derecho a indemnización de 20 días de año de trabajo desempeñado previsto en la legislación laboral.**

**STS 602/2020 de 28 May. 2020, Rec. 5801/2017.**

El Tribunal Supremo casa la sentencia Juzgado de lo Contencioso-administrativo nº 2 A Coruña y desestima el recurso contencioso administrativo interpuesto contra la Resolución del Consejero de Cultura Educación y Ordenación Universitaria de la Junta de Galicia que deniega la indemnización solicitada por el cese de funcionario interino.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Derecho del personal funcionario a la reducción de jornada para el cuidado de un hijo menor con diabetes Mellitus tipo 1 que no requiere hospitalización.**

**STS de 3 de JUNIO, nº 641/2020, nº rec 78/2018.**

Confirma la STSJ de Castilla La Mancha que reconoció el derecho a una funcionaria a reducir su jornada laboral al 50%, manteniendo su retribución íntegra para cuidar a una niña menor con diabetes Mellitus tipo 1, considerada como enfermedad grave, al entender que el artículo 49e) del EBEP resulta de aplicación en los supuestos en que no es necesaria la hospitalización del menor, pero sí es necesario un cuidado directo, continuo y permanente, aunque el menor se encuentre escolarizado.

Cuando la funcionaria solicitó la reducción de su jornada laboral su hija tenía 5 años de edad, necesitaba dos controles de azúcar en horario escolar, y el colegio público donde estaba escolarizada no disponía de personal sanitario para asumir los controles a la niña.

La Administración había rechazado la solicitud de reducción al 50% de la jornada diaria laboral al entender que no constaba la necesidad de requerir una atención directa, continuada y permanente equiparable a la que precisaría la menor de estar hospitalizada, requisito contemplado en el artículo 49.e) del EBEP, sin que en este caso concreto existiera ni hospitalización, ni tratamiento continuado, ni siquiera cuidado en el domicilio del menor.

La Sala fija la siguiente doctrina:

*“El art. 49 e) EBEP resulta de aplicación en aquellos supuestos en que no resulta necesaria la hospitalización del menor, pero si es necesario un cuidado directo, continuo y permanente, aunque el menor se encuentre escolarizado”.*

En el ámbito sanitario la SJC-A nº 1 de Albacete, nº 00110/2020, de 13 de marzo, estimó recientemente el recurso de una trabajadora, madre de una paciente menor de edad afectada de Diabetes Mellitus tipo 1, debido a que *“es necesario un control exhaustivo, continuo y directo por parte de un cuidador, en este caso su madre, quien además es médico de profesión y en la medida en que el centro escolar no cuenta con personal sanitario para atender a la menor, para evitar complicaciones por la enfermedad, por ser enfermedad de difícil control, pudiendo presentar tanto hiperglucemias como hipoglucemias y que por la edad de la menor que cuenta actualmente con diez años de edad y que desde que debuto la enfermedad ha transcurrido un año y medio, constando que la menor ha pasado de un tratamiento inicial (...), considera que es muy poco tiempo para que la menor se responsabilice sobre este tipo de bomba y de su seguimiento, considerando que la madurez para poder responsabilizarse de este tipo de tratamiento normalmente se adquiere entre los 16 a 18 años y en algunos niños a los 12 años si la enfermedad debutó con cinco años...”*.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Valoración de servicios prestados por personal estatutario en un consorcio: si la Administración considera que es una Administración se debe valorar como servicios prestados en ente público.**

**STS núm. 168/2020, 10/02/2020, nº rec. 3110/2018.**

La cuestión en la que se entiende que existe interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia es la atinente a:

*“si el ente de naturaleza privada que integra en consorcio ha de ser considerado como ente público instrumental a los efectos previstos en el artículo 1 de la Ley 70/1978, de 26 de diciembre, de reconocimiento de servicios previos en la Administración Pública con relación al artículo 2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (actual artículo 2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público) y, consiguientemente, si deben computarse o no los servicios prestados en dichos entes a efectos de reconocimiento de trienios.”*

El presente caso presenta como singularidad que es la propia Administración la que califica el centro, por razón de su naturaleza consorcial, como una entidad de derecho público con personalidad jurídica propia y órganos rectores propios en la que ostenta el 50%.

Su constitución en 2003, con gran peculiaridad en el sistema sanitario andaluz, como instrumento de cooperación calificado como entidad de derecho público conduce a que la interpretación efectuada por la Sala de instancia se ratifique por este Tribunal.

Por todo lo anterior concluye:

*Los servicios prestados en un consorcio calificado por la administración como entidad de derecho público deben considerarse como prestados en un ente público instrumental a efectos de reconocimiento de trienios*

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **La naturaleza jurídica del ente gestor no excluye la aplicación del Estatuto Marco: no es posible impedir su calificación como personal de centros, instituciones y servicios de salud a efectos de participación en procesos de integración directa en la condición de personal estatutario.**

**STS 13-05-2020, nº 393/2020, rec. 4794/2017**

La cuestión en la que se entiende que existe interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia es si la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003 permite considerar al personal que preste servicios para los entes de gestión (como las fundaciones) de los sistemas públicos de salud creados en virtud del RD 29/2000 como personal de "*centros, instituciones o servicios de salud*" a efectos de poder participar en los procedimientos de integración directa en la condición de personal estatutario, sin que ello vulnere las disposiciones que remiten a la regulación específica de este personal.

La Orden impugnada excluyó del proceso voluntario de integración a quienes prestaban servicio para la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León por considerar que (i) tenían la condición de personal laboral propio de esa entidad privada con base en el artículo 24 de los Estatutos de la Fundación y, (ii) la Fundación no es un centro sanitario de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. De esa manera afirmaba que no cumplían el requisito de ser personal laboral fijo que prestase servicios en centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

El TS considera que, con independencia de la forma de gestión empleada y de la naturaleza de la relación jurídica del personal del ente gestor, no es posible afirmar que la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003 impida considerar al personal que preste servicios para los entes de gestión (como las fundaciones) de los sistemas públicos de salud creados en virtud del RD 29/2000, como personal de centros, instituciones o servicios de salud a efectos de poder participar en los procedimientos de integración directa en la condición de personal estatutario, pues realmente prestan servicios en centros sanitarios de la Administración.

En este sentido, y para confirmar lo expuesto, la Sala se remite a los argumentos que emplea el Tribunal Constitucional en su sentencia 20/2017, de 2 de febrero (recurso de inconstitucionalidad 5190/2016), cuando analiza el artículo 27.1 de la Ley 9/2015, de 28 de diciembre de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid, por supuesta vulneración de la disposición adicional 5ª de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

En relación con la citada STC véase pag. 14 del siguiente enlace:

[https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170314/143\\_febrero.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170314/143_febrero.pdf)

- **Valoración del tiempo de servicios prestados en Mutua de AT/EP: idéntica valoración que el tiempo de servicios prestados en centros sanitarios privados concertados.**

**Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sentencia 561/2020, 26 May. Rec. 5036/2017.**

Ya hemos visto como el TS ha determinado que los servicios prestados en un consorcio calificado por la administración como entidad de derecho público deben considerarse como prestados en un ente público instrumental a efectos de reconocimiento de trienios, y en la Sentencia de 13 de Mayo de 2020, se ha analizado un marco normativo complejo como las fundaciones cuyo personal presta servicios para los entes de gestión. Vistos estos antecedentes se examina ahora cómo deben valorarse por los demandantes de empleo al Servicio de Salud los servicios prestados en Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Para el TS no es posible valorar los servicios prestados por el personal sanitario en los centros privados concertados y, en cambio, no valorar los servicios prestados en las Mutuas, lo que en palabras del alto tribunal carece de cualquier justificación racional.

*“Las entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social, en las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, constituyen uno de los recursos básicos en la atención sanitaria dirigida a los trabajadores, tanto en la acción curativa como en la acción rehabilitadora, siempre derivada de los riesgos para la salud producidos por el trabajo; además, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales no necesitan de ningún convenio o concierto para desarrollar las prestaciones sanitarias públicas. Las Mutuas ejercen tal actividad por ministerio de la Ley de la Seguridad Social y disposiciones reglamentarias de desarrollo. Por ello, parece lógico que se deban valorar todos los méritos que se correspondan con servicios prestados en entidades que desarrollan prestaciones sanitarias públicas porque las Mutuas, por la naturaleza pública de las funciones que realizan y de los fondos que manejan, forman parte del sector público estatal”.*

A la vista del anterior razonamiento se concluye que las puntuaciones alcanzadas en el proceso de actualización y baremación de méritos de los demandantes de empleo ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias se daban valorar los servicios prestados en las Mutuas de igual manera que los prestados en centros privados concertados.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

## **V.- PRESTACIONES SANITARIAS**

- RECOMENDACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA EN CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19.

**Más información:** [mscbs.gob.es](http://mscbs.gob.es)

## **VI.- PROFESIONES SANITARIAS.**

- Titulación: Auxiliar de enfermería y Gerocultora.

STSJ de Castilla-La Mancha nº10277/2019, nº rec 234 de 2018.

Para ser Gerocultor/a -persona que se encarga del cuidado y asistencia de mayores-, no es requisito imprescindible tener la titulación de Auxiliar de Clínica o Enfermería o FP 2º. De este modo la Sala comparte el argumento puesto de manifiesto por el Letrado de la JCCM, pues de la lectura del art. 8 de la Orden de la Consejería de Bienestar Social de 21 de mayo de 2001, por la que se regulan las Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha, “..., no se puede deducir otra cosa que existirán Gerocultores, por un lado, y Auxiliares por otro, y que la mitad de ellos, al menos, serán Auxiliares de Clínica (ahora Auxiliares de Enfermería) o titulación académica equivalente (FP 2)”.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

## **VII.- TECNOLOGÍAS DE LA SALUD. TELEMEDICINA.**

- Por unos datos públicos accesibles para la construcción de un conocimiento compartido en tiempos de pandemia global.

**Más información:** [datos covid19es posible](http://datos covid19es posible)

- La Telemedicina en el acto médico.

Consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online.

**Más información:** [medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com)

- Obligaciones de los prestadores de servicios a las entidades públicas.

**Más información:** [cnn.cni.es](http://cnn.cni.es)

- **Introducción a las tecnologías 5g y sus riesgos para la privacidad.**

En esta nota técnica se hace un repaso a la evolución de la tecnología móvil desde su implantación, se exponen las nuevas funcionalidades de la tecnología 5G (aumento de la precisión de la geolocalización, virtualización, tratamiento distribuido, ...) así como la identificación de sus riesgos. También se proponen una serie de recomendaciones y conclusiones para todos los actores implicados, con el objeto de que el 5G no suponga una amenaza a los derechos y libertades de las personas físicas. Finalmente, se propone realizar una reflexión sobre la necesidad de adaptar la normativa sobre recogida y conservación de datos de tráfico al cambiar la proporcionalidad de los datos recogidos.

*Más información:* [aepd.es](http://aepd.es)

### **VIII.- SALUD LABORAL.**

- **Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España.**

*Más información:* [fcs.es](http://fcs.es)

- **Responsable de Seguridad y Salud.**

La figura de responsable de seguridad y salud (RSS) en la pandemia del COVID 19 se plantea como esencial en muchas de las guías presentadas por Organismos públicos y entidades relacionadas.

*Más información:* [aepsal.com](http://aepsal.com)

- **La Administración sanitaria no tiene obligación de hacer test a todos los empleados.**

**Juzgado de lo Social nº 3 Ourense, Sentencia 22 Mayo 2020.**

El juzgador declara que no hay obligación de hacer test a todos los empleados, porque la obligación del empresario es suministrar los equipos de protección individual suficientes para evitar cualquier tipo de contagio, y esto lo ha hecho.

Los test deben reservarse solo a quienes presentan síntomas para en caso de dar positivo adoptar la oportuna prevención y apartar a la persona contagiada del servicio.

*Más información:* [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Mal augurio, las derivadas de la insuficiente protección de los profesionales sanitarios.**

*Más información:* [lawyerpress.com](http://lawyerpress.com)

- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al sars-cov-2.

*Más información:* [mscbs.gob.es](http://mscbs.gob.es)

### **IX.- CENTROS SOCIOSANITARIOS.**

- Cuadro resumen normativa CCAA sobre residencias.

*Más información:* [segg.es](http://segg.es)

### **X.- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.**

- Responsabilidad patrimonial: la Administración no puede exigir con posterioridad la acreditación de la representación que dio por válida.

STSJ de Castilla La Mancha 10211/2019, de 16 de Julio, nº rec 195/2019.

La Administración sanitaria, en el marco de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, solicitó de los hijos de la paciente poder de representación, y cuando éstos alegaron que no podía otorgarse porque la interesada se hallaba en coma, con un procedimiento judicial de incapacitación en curso pero no terminado, el servicio de salud les reclamó la aportación de libro de familia y sobre dicha base dio curso al procedimiento.

En la resolución el Sescam rechazó que los hijos pudieran actuar en nombre de la madre, denegando por tanto los dos conceptos indemnizatorios solicitados en nombre la fallecida.

Es decir, ante la primera petición la Administración, con invocación del art. 71 de la Ley 30/1992, de Procedimiento Administrativo Común, reclamó la acreditación de la representación. Ante las manifestaciones de los interesados sobre el estado de coma de la madre, la Administración respondió solicitándoles la aportación del libro de familia para acreditar la relación de parentesco, y una vez aportado dio curso sin reparos al procedimiento, solo poniendo tales reparos casi cuatro años después, al resolver, momento en que la madre ya había fallecido y ya era imposible completar la representación.

Si la Administración no hubiera actuado así los hijos podrían haber solicitado, en vida de la madre, alguna medida tal como la que reclama Zurich que deberían haber solicitado, o podrían haber tratado de acelerar la tramitación del también extraordinariamente lento procedimiento de incapacitación. Pero nada de eso se consideraron obligados a hacer ante la evidente actitud de aceptación de la representación por parte de la Administración.

*Más información:* [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

## **XI.- RESPONSABILIDAD SANITARIA.**

- **Omisión del deber de vigilancia: suicidio paciente psiquiátrico.**

Tribunal Superior de Justicia de Islas Baleares, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección1ª Sentencia núm. 110/2020 de 13 marzo

El protocolo del Hospital exigía que, como fuere que llegó ese paciente en estado de agitación por la crisis que padecía y sin acompañamiento familiar, debía ser acompañado por personal del hospital, enfermera o celador, que lo vigilara antes de ser evaluado por los facultativos psiquiatras. No procedía otro tipo de vigilancia en tanto que no se trataba de una persona privada de libertad ni había sido evaluada todavía por el facultativo.

Las manifestaciones obrantes en el expediente de que no hubo firma de recepción del paciente por el personal de enfermería no desvirtúa el hecho de que efectivamente se produjo la recepción del paciente porque así lo prueba la expedición de la pulsera identificativa del paciente y por lo tanto fue el personal del Hospital quien no adoptó las medidas necesarias exigibles para estos casos según el Protocolo.

Dicho ello, no obstante, no surge directamente la responsabilidad del Hospital por la acreditación de tal circunstancia. Lo que determina el nacimiento de la responsabilidad es la circunstancia de que la muerte del esposo y padre de los recurrentes sea consecuencia de esa fuga provocada por la mala praxis del personal hospitalario.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Vacunas: la información sobre efectos adversos corresponde al servicio de salud, no a la Administración estatal.**

Sentencia de la Audiencia Nacional (Cont-Admvo, Sección4ª) de 12 junio 2019.

La parte actora basa su pretensión, en síntesis, en los siguientes hechos: Se le administraron tres dosis de la vacuna Gardasil contra el Virus del Papiloma Humano (VHP). Tras la administración de la primera dosis muestra un cuadro clínico que encaja con las reacciones adversas que la ficha técnica y el prospecto de Gardasil recogen en su contenido (mareos inespecíficos que no tienen sintomatología asociada, síncope, dolor de cabeza, sacudidas clónicas, epilepsia, visión borrosa, ataxia, vómitos, mioclonías, síndrome ortostático postural, problemas de piel, episodios paroxísticos, trastorno distímico), diagnosticándosele epilepsia parcial idiopática y bioquímicas, mostrando los estudios proliferaciones bacterianas intestinales importantes, alergia al níquel y cloruro de mercurio. Alega que no recibió información alguna sin que manifestara su consentimiento.

En materia de vacunación, no se está ante un tratamiento médico o quirúrgico singular sino ante una actuación masiva que está previamente testada en cuanto a seguridad y sujeta a informes técnicos previos que lo avalan, sin perjuicio de las consecuencias de las reacciones adversas que pueden producirse y que de estar asociadas a una mala praxis pudieran ser objeto de indemnización.

En todo caso, tanto la información en el momento de la administración de la vacuna como el control de las posibles reacciones adversas ante alguna de sus dosis, a efectos de valorar si era conveniente administrar la siguiente dosis, correspondería al Servicio de Salud autonómico competente para esa administración, quedando excluida cualquier responsabilidad de la Administración estatal por este motivo.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Pérdida de oportunidad: no valoración por la facultativa del PAC de electrocardiograma con posible infarto.**

**Tribunal Superior de Justicia de Galicia, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª) Sentencia núm. 80/2019 de 13 febrero.**

Error médico por no derivación desde el centro de salud al hospital de un paciente con un electrocardiograma pautado y practicado ese mismo día, que dio resultado " posible infarto anteroseptal", por lo que era previsible que pudiera tener un infarto de miocardio. Con un adecuado diagnóstico y empleo de medias las consecuencias lesivas incluso de fallecimiento puede evitarse en un gran número de casos. Al no realizarse el diagnóstico diferencial ni aplicar los medios diagnósticos adecuados, ni dejarlo en observación, ni ingresar al paciente, éste perdió la posibilidad de tratar su dolencia en su fase inicial.

Por consiguiente, la Administración sanitaria provocó una pérdida de oportunidad en el tratamiento de la dolencia inicial del paciente, que no puede obviar, residiendo el daño en la secuencia que hubieran tenido los hechos de haberse seguido otros parámetros de actuación, y en la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera.

*Si lo que sucedió fue que el electrocardiograma que figura en las actuaciones no fue examinado por la facultativo que atendió al paciente, no es ello, una circunstancia que sirva para exonerar a la administración sanitaria de responsabilidad, en tanto, el ECG estaba pautado, debió ser practicado, y lo fue, y la doctora que atendía el servicio de urgencias debió, sino estaba en la historia clínica del paciente, pedirlo y visarlo, antes de decidir una diagnostico tan banal como el efectuado para seguidamente remitir el paciente a de su domicilio .*

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Condena por daño moral. Omisión de CI en intervención quirúrgica.**

**STSJ de Castilla-La Mancha nº 00037/2019, nº rec 165/2017.**

El juez de instancia argumenta que hubo consentimiento porque el documento sobre consentimiento fue aportado por el recurrente "y si bien no consta su firma, ello no significa que lo desconociera y que no lo asumiera, cuando una copia del mismo obraba en su poder, y cuando en el mismo figura escrito su nombre y DNI con una letra similar a la de la antefirma del paciente de la solicitud inclusión en el registro de demanda quirúrgica".

Sin embargo existe prueba en contrario:

- a) en primer lugar frente a la argumentación de la sentencia de que hay consentimiento pues el actor aportó el impreso sobre consentimiento que consta en autos, se alza la alegación de que dicho impreso se obtuvo antes del inicio del pleito solicitando a la administración copia de la historia clínica
- b) en segundo lugar que el gabinete jurídico dependiente de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas solicitó al instructor del expediente de responsabilidad patrimonial que retrotrajera el expediente y tomara declaración a la doctora que operó al recurrente, para que esta médico explicara la información que prestó al recurrente sobre el procedimiento de cirugía de fijación lumbar a la que se sometió, el instructor lo solicitó por escrito y lo reiteró, pero sólo obtuvo contestación del jefe de neurocirugía, pero no consta la de aquella doctora y no se respondió a lo interesado por el instructor

La relación de causa a efecto entre la intervención quirúrgica (realizada correctamente) y el resultado queda acreditada: en primer lugar, por el contenido del impreso para informar sobre los riesgos (que como se ha dicho no consta fuera entregado al recurrente antes de la intervención quirúrgica), pues lo que se ha producido es uno de los riesgos descritos: en segundo lugar por una prueba objetiva, la electromiografía previa y postquirúrgica.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Insuficiente información prestada a la paciente al no referirse a los riesgos personalizados que presentaba.**

**TSJ de Galicia, Cont-Administrativo, Sección 1ª) Sentencia núm. 406/2018 de 3 octubre.**

La única referencia a la información dada a la paciente antes del acto quirúrgico fue un documento de consentimiento informado sin datos ni firma del facultativo que informa, donde únicamente se dice que se va a reparar el ligamento cruzado anterior, y que, entre otros riesgos, está la "*no obtención de una estabilización adecuada de la rodilla*", si bien la casilla dedicada a los riesgos personalizados figura completamente en blanco.

Desde su nacimiento la paciente evidenció malformaciones en manos y pies (pies cóncavos y manos pegadas), habiendo sido intervenida en México a los cuatro meses mediante cirugía ortopédica reparadora, con rehabilitación intensiva, comenzando a caminar a los nueve años, y notando siempre pérdida de fuerza en extremidades (superiores e inferiores) e hiperlaxitud, siendo el juicio diagnóstico de enfermedad neuromuscular no tipificada.

Cuando tuvo lugar la intervención quirúrgica de ligamentoplastia ya existía una sospecha fundada de una enfermedad, en este caso un Ehler Dhalos, que afecta al tejido conectivo, que " sin duda tiene incidencia en todas las intervenciones quirúrgicas y más en este caso porque precisamente es una alteración de las fibras de colágeno y forma parte de las estructuras más importantes de los ligamentos, sin duda tiene importancia conocer qué patología tenía y más cuando lo estaban sospechando ", por lo

que se reprocha al Sergas que no se le hubieran realizado las pruebas antes de la intervención de cara a filiar la patología de base de la paciente.

Por tanto era claro el riesgo, derivado de la intervención, no sólo de una mayor inestabilidad de la rodilla (como se reflejó en el documento de consentimiento informado), sino también de que, como consecuencia de aquella patología precedente, fracasase la intervención encaminada a lograr la estabilidad de la articulación. Con esos datos resulta evidente que existían riesgos personalizados a consignar como información relevante previa a una intervención quirúrgica que pretendía reparar las estructuras capsulares y ligamentosas dañadas mediante su reconstrucción.

La consecuencia: la ausencia de información entraña una vulneración del artículo 10.1.b de la Ley 41/2001, que exige que se proporcione al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, información sobre los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

En este caso se debe indemnizar por el daño moral porque aunque no hubo mala praxis, sí se aprecia una relación causal entre el acto médico y los daños ocasionados al paciente. La necesidad de la prótesis de rodilla como del empleo de silla de ruedas, así como la mayor inestabilidad de la misma rodilla derecha, fueron consecuencia de la intervención quirúrgica que fracasó, ya que no se ha demostrado que el progreso de la patología de base hubiera de llevar inexorablemente al mismo resultado.

**Más información:** [poderjudicial.es](http://poderjudicial.es)

- **Responsabilidad del Ayuntamiento: lesión sufrida a la salida de las urgencias hospitalarias debido al mal estado de la rejilla del alcantarillado.**

**SJC-A nº 2 de Toledo nº 00147/2018, de 1 de julio.**

A la salida por la puerta de urgencias del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, Dña XXXX introdujo la pierna izquierda en la rejilla de evacuación de aguas situada en dicha ubicación al encontrarse dicha rejilla en mal estado de conservación, sufriendo lesiones de las que tardó en curar 18 días impeditivos y 21 no impeditivos, y también secuelas derivadas del mismo accidente.

La Sentencia declara la falta de legitimación pasiva del Sescam y la responsabilidad patrimonial evidente del Ayuntamiento de Toledo por el mal funcionamiento de los servicios objeto de las competencias y funciones atribuidas legalmente.

- **Alerta sanitaria por toxicidad de medicamentos: no existe responsabilidad del centro sanitario por haberse aplicado el tratamiento con anterioridad a dicha alerta.**

**Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 3 de Santander (Comunidad Autónoma de Cantabria) Sentencia núm. 28/2018 de 15 febrero.**

La recurrente fue intervenida quirúrgicamente en tres ocasiones por desprendimiento de retina en el ojo izquierdo. En dos de dicha intervenciones se la aplicó perfluorooctano, siendo objeto de una alerta sanitaria y orden de retirada inmediata del producto, el 26 de Junio de 2.015 por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Con fecha de 15 de Julio de 2.016, la AEMPS, estableció el n.º de lotes del producto que resultaron tóxicos, estando entre ellos el usado con la actora que provoca un 50% de muerte celular en los ensayos clínicos.

Como consecuencia de lo expuesto, la recurrente perdió totalmente la visión del ojo izquierdo por afectación del nervio óptico. Téngase en cuenta que no existió mala praxis, toda vez que la alerta sanitaria se produjo con posterioridad a la práctica de las intervenciones en las que se aplicó citado producto, por tanto era imposible que los facultativos conociesen la toxicidad del mismo. La ausencia de vulneración de la *lex artis ad hoc* determina la inexistencia de responsabilidad de la administración.

- **Fractura de hueso: el acto de escayolar no requiere consentimiento informado escrito.**

**Dictamen n.º 387/2017 del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha de 31 de octubre de 2017.**

No parece que escayolar un hueso roto pueda considerarse como uno de los supuestos en que sea necesario el consentimiento informado escrito, además la secuela producida es una consecuencia de la lesión y no del tratamiento que se empleó que fue el correcto, según señalan todos los informes médicos obrantes en el expediente. Es decir, no se ha materializado un riesgo del tratamiento del que la paciente debiera haber sido advertida para que pudiera elegir entre otras opciones disponibles, sino que ha sido la propia lesión la que ha evolucionado negativamente hacia una secuela que no es consecuencia del tratamiento.

## **5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.**

### **I.- Bibliografía**

- Derechos y obligaciones de los pacientes.

Ricardo de Lorenzo.

*Más información:* [colex.es](http://colex.es)

- La Gestación por Sustitución.

Adolfo Lucas Esteve

*Más información:* [editorial.tirant.com](http://editorial.tirant.com)

### **II.- Formación**

- XXVII Jornadas Nacionales de Innovación y Salud en Andalucía

*Más información:* [seis.es](http://seis.es)

## **-NOTICIAS-**

- Tratar a un paciente de Covid-19 con remdesivir durante cinco días costará 2.000 euros.

*Fuente:* [cincodias.elpais.com](http://cincodias.elpais.com)

- Un juez condena a las administraciones de Aragón por vulnerar derechos de sanitarios.

El juez sostiene que, en cumplimiento de la legislación de prevención de riesgos laborales, las administraciones deberán entregar los EPIs a todos los centros sanitarios de Huesca.

*Fuente:* [elconfidencial.com](http://elconfidencial.com)

- El fiscal no ve delito en la falta de información médica a las familias de los ingresados por la situación "excepcional".

*Fuente:* [elmundo.es](http://elmundo.es)

- La covid-19 abre el debate sobre el blindaje constitucional de la sanidad pública.

*Fuente:* [publico.es](http://publico.es)

- La base de datos del Coronavirus.

*Fuente:* [diariodevalladolid.elmundo.es](http://diariodevalladolid.elmundo.es)

- Son las secuelas del Covid causa de incapacidad permanente para trabajar?.

*Fuente:* [cincodias.elpais.com](http://cincodias.elpais.com)

- Preguntas y respuestas sobre la nueva normalidad.

*Fuente:* [elcomercio.es](http://elcomercio.es)

- Guía: las medidas de la 'nueva normalidad' en España tras la desescalada.

*Fuente:* [elmundo.es](http://elmundo.es)

- Archivada una denuncia por la muerte de un paciente en el Gómez Ulla al considerar "correcto" el protocolo.

*Fuente:* [cope.es](http://cope.es)

# **-BIOÉTICA Y SANIDAD-**

## **1- CUESTIONES DE INTERES**

- **DECLARACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE EL DERECHO Y DEBER DE FACILITAR EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA ASISTENCIA ESPIRITUAL A LOS PACIENTES CON COVID-19 AL FINAL DE SUS VIDAS Y EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD.**

Tanto el acompañamiento como el apoyo espiritual o religioso constituyen igualmente derechos proclamados en diferentes regulaciones de derechos de los pacientes y que han cobrado especial relevancia estos últimos años dentro de los diferentes planes de humanización de nuestro sistema nacional de salud. Como tales derechos reconocidos ya normativamente, debe procurarse siempre que su limitación no solo esté justificada ética y legalmente, sino que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación.

*Más información:* [assets.comitedebioetica.es](https://assets.comitedebioetica.es)

- **REFLEXIONES ÉTICAS PARA UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA: COVID-19 Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias.**

Las decisiones de adecuación de la intensidad terapéutica se fundamentan en el conocimiento científico, la calidad de vida del paciente y sus preferencias, las posibilidades de recuperación y los criterios de futilidad.

**Posibles escenarios:**

### **1. Situación Urgente: actuar en mejor interés del paciente**

En los casos en los que se produzca un empeoramiento agudo o inesperado de la función respiratoria debido a la infección por Covid-19, los profesionales responsables del caso actuarán en mejor interés del paciente guiados por la evidencia científica, las recomendaciones locales y la gestión de recursos disponibles.

### **2. Situación previsible: consensuar decisiones entre profesionales**

Si se dispone del tiempo suficiente para valorar la situación clínica de los pacientes infectados atendidos en Urgencias o en planta de hospitalización, es aconsejable buscar un consenso entre los profesionales sanitarios (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y UCI, principalmente) y decidir con antelación cuáles de ellos serán ingresados en UCI en caso de empeoramiento. Este plan de actuación será reflejado en la historia clínica y explicado a los pacientes y/o familiares o representantes.

### 3. Situación de escasez: priorizar recursos (ingreso en UCI, ventilación mecánica)

En esta situación se continuará con el tratamiento en la unidad de hospitalización convencional, se informará al paciente y su familia que se administrarán los cuidados y tratamientos adecuados para aliviar el sufrimiento del paciente y su familia, incluyendo la sedación paliativa según protocolo si fuera necesario.

Si es posible, se deben habilitar espacios de atención intermedios entre la UCI y la planta de hospitalización convencional para aquellos pacientes que se puedan beneficiar de técnicas como la Oxigenoterapia de Alto Flujo o la Ventilación Mecánica No Invasiva, tomando las adecuadas medidas de prevención.

**Más información:** [astursalud.es](http://astursalud.es)

#### - INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE LOS REQUISITOS ÉTICO-LEGALES EN LA INVESTIGACIÓN CON DATOS DE SALUD Y MUESTRAS BIOLÓGICAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19.

El CBE se muestra partidario del uso secundario de los datos personales de salud de pacientes COVID-19, sin necesidad de recabar el consentimiento del enfermo, siempre que se adopten medidas de seudonimización. El uso de este mismo tipo de datos con fines de investigación sin seudonimizarlos, únicamente será posible cuando no exista otro medio de obtener un conocimiento relevante que permita alcanzar un resultado decisivo en la lucha contra la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 y en el marco específico que prevé la Disposición Adicional 17.<sup>a</sup> 2 b). En esos casos, se extremarán las garantías de confidencialidad en el uso de esa información y de supervisión por parte del Comité de Ética de Investigación competente, respetando en todo caso el principio de minimización.

Según el referido apartado b), las autoridades sanitarias e instituciones públicas con competencias en vigilancia de la salud pública podrán llevar a cabo estudios científicos sin el consentimiento de los afectados en situaciones de excepcional relevancia y gravedad para la salud pública.

**Más información:** [assets.comitedebioetica.es](http://assets.comitedebioetica.es)

#### - ALGUNAS CUESTIONES ÉTICAS TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19 Y SOBRE LA SITUACIÓN QUE SUSCITA LA PRESENCIA DE ESTA ENFERMEDAD EN NUESTRA SOCIEDAD.

Reflexión ética sobre los medios y medidas necesarias que deberían haberse tomado con anterioridad a la pandemia; b) en relación con la atención clínica de los enfermos; c) sobre la protección y formación de los profesionales; y d) el efecto de la pandemia sobre la bioética actual.

Los poderes públicos tienen que adoptar en este contexto una actitud más vigilante que se centre, entre otros aspectos, en:

- 1) Incrementar las capacidades diagnósticas de la enfermedad
- 2) Que aumente la acción educativa en la ciudadanía para generar hábitos saludables en la esfera social, familiar y profesional.
- 3) Se inicie una investigación científicamente programada y sistemática de la enfermedad.
- 4) Que la información clínica obtenida en la propia asistencia sea compartida y analizada con profundidad para generar nuevos protocolos de tratamiento.
- 5) Conocer con datos fiables lo ocurrido desde el punto de vista epidemiológico y reevaluar también para conseguir una mayor coordinación en la gestión de los recursos.
- 6) La experiencia de la pandemia debe hacer considerar a todos la necesidad de equipar a las residencias en las que conviven personas con alta fragilidad de los medios de atención sanitaria indispensables.

**Más información:** [aebioetica.org](http://aebioetica.org)

**- IMPACTO DE COVID-19 EN LA RELACIÓN CLÍNICA: ALGUNAS CONSIDERACIONES. BIOÉTICAS Y LEGALES.**

Se analizan diferentes cuestiones y circunstancias sucedidas durante la pandemia en el ámbito socio-sanitario y las controversias éticas y jurídicas de diversa índole que se han manifestado en este sentido.

Algunas de sus conclusiones:

- a) La limitación de derechos de los ciudadanos y en particular de los pacientes en una situación como la vivida con Covid-19, resulta inevitable al primar el interés colectivo, la salud pública, por encima el interés individual.
- b) Excluir a pacientes por razón únicamente de una edad avanzada resulta discriminatorio y contrario a nuestra Constitución.
- c) Tanto los colegios profesionales como las sociedades científicas deben jugar un papel relevante a la hora de generar un nuevo marco deontológico y unos protocolos y guías de práctica asistencia

**Más información:** [fundacionmercksalud.com](http://fundacionmercksalud.com)

## **2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.**

### **I.- Bibliografía**

- Los profesionales sanitarios ante la muerte.

MASSE, M.CARMEN

*Más información:* [dykinson.com](http://dykinson.com)